

CONSIDÉRATIONS

N° 53

SUR LES

DÉVIATIONS DE LA BLENNORRHAGIE

VERS LES ORGANES GÉNÉRATEURS

ET SUR LEURS COMPLICATIONS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 13 Août 1883

Par **Alban CABIBEL**

Né à RABAT (Ariège).

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

MONTPELLIER

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE BOEHM ET FILS

IMPRIMEURS DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES ET LETTRES

DE LA SOCIÉTÉ LANGUEDOCIENNE DE GÉOGRAPHIE.— ÉDITEURS DE LA REVUE DES SCIENCES NATURELLES

1883

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. J. BENOIT * ✚..... DOYEN
 CASTAN..... } ASSESSEURS
 COMBAL *..... }

PROFESSEURS :

Opérations et Appareils.....	MM. BOUISSON. O * ✚, DOY. H.
Pathologie externe.....	BOYER *.
Accouchements.....	DUMAS *.
Clinique médicale.....	DUPRÉ * C ✚.
Anatomie.....	BENOIT * ✚.
Clinique chirurgicale.....	COURTY *.
Clinique médicale.....	COMBAL * ✚.
Clinique des maladies mentales et nerveuses....	CAVALIER *.
Physique médicale.....	MOITESSIER *.
Anatomie pathologique et Histologie.....	ESTOR.
Médecine légale et Toxicologie.....	JAUMES.
Clinique chirurgicale.....	DUBRUEIL *.
Chimie médicale et Pharmacie.....	ENGEL.
Hygiène.....	BERTIN-SANS.
Pathologie interne.....	CASTAN.
Thérapeutique et Matière médicale.....	GRASSET.
Botanique et Histoire naturelle médicale.....	PLANCHON * ✚.
Physiologie (Chargé du Cours).....	LANNEGRACE.

MARTINS (O *) FONSSAGRIVES (O *), Professeurs honoraires.

CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUES ANNEXES:

Clinique des maladies des enfants.....	MM. BATILE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées..	GAYRAUD.
Clinique des maladies des vieillards.....	HAMELIN.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. JACQUEMET.	MM. CARRIEU.	MM. MORIEZ.
PECHOLIER.	MAIRET.	REGIMBEAU *.
GRYNFELTT.	CHALOT.	TÉDENAT.
DE GIRARD.	BIMAR.	DUMAS fils.
SERRE.	LANNEGRACE.	BLAISE.
ROUSTAN.	MOSSÉ.	VILLE.

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. ESTOR, *président* ;
 BOYER, professeur ;
 TÊDENAT, agrégé ;
 DUMAS fils, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

A MES SŒURS

A. CABIBEL.

A MES BEAUX-FRÈRES

AYNIÉ ET BÉDEL

A MES PARENTS

A. CABIBEL.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur ESTOR

A Monsieur TÉDENAT

Professeur Agrégé.

A mon Ami le Docteur GERBAUD

Chef de Clinique à la Faculté.

A. CABIBEL.

A TOUS MES AMIS ET CONDISCIPLES

A. CABIBEL.

INTRODUCTION

Les maladies vénériennes demandent à être étudiées de plus en plus, non seulement à cause de leur extension plus considérable de nos jours, extension favorisée par les conditions nouvelles de la vie actuelle, mais encore à cause des rapports qu'elles ont avec des déterminations morbides qui jadis passaient pour être des maladies spéciales à l'organe affecté. S'il est bon pour un praticien de faire une étude spéciale des maladies courantes, il m'a semblé que je ne devais pas me contenter d'un but aussi intéressé. J'ai cherché, dans ce travail, à résumer les études les plus nouvelles sur la matière. Certes je n'ai pu traiter ici de toutes les déviations de la blennorrhagie, je ne me suis arrêté qu'à celles que j'ai pu constater pendant le cours de mes études.

Aujourd'hui, on a de la tendance à considérer la blennorrhagie, non pas tant comme maladie locale que comme une affection déterminant chez le malade une série d'accidents qui tous peuvent être attribués à la lésion primitive. Mais, pour que cette détermination puisse s'effectuer, il faut que le porteur d'une blennorrhagie possède des prédispositions qui lui permettent de réaliser telle ou telle déviation blennorrhagique.

Je m'explique : la blennorrhagie, chez un individu rhumatisant ou issu de rhumatisants, aura de la tendance à se dévier sur les séreuses ; chez un herpétique, elle produira surtout des lésions cutanées ou muqueuses, comme les végétations par exemple.

En résumé, la blennorrhagie subira, comme beaucoup de maladies internes, l'influence des diathèses ; aussi de nos jours doit-on bannir de la nomenclature pathologique des termes comme ceux de rhumatisme blennorrhagique,

arthrite blennorrhagique, etc., et les remplacer par des désignations en rapport avec les doctrines pathogéniques actuelles.

J'ai pu réunir ici des exemples propres à démontrer l'influence de l'état général sur la blennorrhagie. Je me suis occupé seulement des déviations les plus communes, c'est-à-dire de celles qui atteignent les organes générateurs. Chaque fois que je l'ai pu, j'ai cherché à démontrer comment l'état général du sujet avait pu amener la déviation spéciale de la maladie primitive.

Aussi je demanderai à mes Juges de considérer ce modeste travail, non pas comme une étude générale, mais comme une analyse basée sur l'observation des différentes déviations de la blennorrhagie sur les organes de la génération.

Mon travail comprend plusieurs chapitres.

Les deux premiers traitent de l'Épididymite et des phlegmasies plus limitées de cet organe, comme la funiculite, la vaginalite, l'orchite parenchymateuse.

Le troisième chapitre traite des Complications.

Dans le quatrième, j'étudierai le Traitement.

Je remercie M. le professeur agrégé Tédénat des bons conseils qu'il a bien voulu me donner pendant la rédaction de ce travail.

Puissent mes Juges ne pas se départir à mon égard de leur bienveillance habituelle !

CONSIDÉRATIONS

SUR LES

DÉVIATIONS DE LA BLENNORRHAGIE

VERS LES ORGANES GÉNÉRATEURS

ET SUR LEURS COMPLICATIONS

CHAPITRE PREMIER.

ÉPIDIDYMITÉ BLENNORRHAGIQUE.

ÉTILOGIE. — Tous les auteurs s'accordent généralement à placer l'épididymite au premier rang, par ordre de fréquence, parmi les complications de la blennorrhagie. Pour Jullien seulement, elle viendrait au second, après la cystite du col de la vessie. D'après de nombreuses statistiques publiées et reproduites par les différents auteurs qui ont écrit sur ce sujet, il est bien évident que c'est une maladie excessivement commune, qui constitue l'épée de Damoclès de tout blennorrhagien.

Mais un fait important à noter est la facilité avec laquelle la maladie se développe chez certains individus, tandis que d'autres peuvent la braver impunément sans prendre les moindres précautions. Il est des hommes qui ont inévitablement une orchite à la suite de chaque blennorrhagie, qui la voient apparaître malgré toutes les précautions qu'ils peuvent prendre, qui la voient se développer même dans leur lit. D'autres, au contraire, ne

s'occupant même pas de leur blennorrhagie, se livrant sans réserve à leurs plaisirs, à leurs travaux, souvent même à de grandes fatigues, sans suspensoir, n'ont jamais ressenti le moindre phénomène du côté des bourses.

Il y a donc pour l'épididymite, comme pour les autres maladies, une prédisposition spéciale que l'on a surtout mis sur le compte des causes débilitantes, et en particulier de la scrofule.

Jullien s'exprime à ce sujet de la façon suivante : « Faut-il mettre sur le compte de cette diathèse la singulière disposition qu'ont certains sujets à contracter une épididymite chaque fois qu'ils souffrent d'une blennorrhagie ? Ou n'est-il pas plus rationnel de supposer que la récurrence de la maladie d'un organe se produit en vertu d'un vice local, reste de la première atteinte qui en a diminué la résistance ? Nous nous contenterons de poser la question, qu'il nous serait difficile de résoudre présentement. »

Dans une savante leçon professée à la Charité le 26 avril dernier (*Semaine médicale*, n° 23), M. Diday a démontré d'une façon parfaitement évidente l'influence des diathèses sur la blennorrhagie et sur ses déviations. S'appuyant sur un certain nombre de considérations cliniques, il ajoute : « Ainsi esquissée, la pathologie de ces déviations peut-elle révéler leur pathogénie ? Essayons.

»A. D'abord, leur cause réelle est en dehors de la blennorrhagie, puisque, à durée et intensité égales de leur blennorrhagie, quelques sujets seulement (un sur six environ) en sont atteints ;

»B. Cette cause n'est pas accidentelle ; elle est inhérente au sujet, puisqu'elle reproduit sur lui ses effets chaque fois qu'il y donne lieu ;

»C. Enfin elle paraît héréditaire, puisqu'on voit les frères en subir un effet identique.

»Or, n'est-ce pas là l'agissement usuel, n'est-ce pas le signalement des diathèses ? »

Et plus loin : « Mais en somme, me dira-t-on, quelle est donc ici, selon vous, la diathèse responsable ? — Faut-il la nommer ? ne la reconnaissez-vous pas à son attitude, à ses faits et gestes ? Constitutionnelle, héréditaire,

ne se manifestant par des effets qu'après la première jeunesse, une fois établie; ne faisant plus que des trêves, et toujours prête à rentrer en scène au moindre appel; à décharges multiples, mobiles, alternant ou coïncidant entre elles; chacune offrant des reprises successives et d'intensité décroissante: n'est-ce pas là mon tableau, tracé d'après nature, des déviations de la blennorrhagie? Et n'est-ce pas aussi celui du rhumatisme articulaire classique? »

Dans une leçon clinique faite à l'hôpital Saint-Éloi au mois de juillet 1881, M. le professeur agrégé Tédénat insistait sur la marche souvent rapide de la blennorrhagie chez les sujets rhumatisants, cela à propos d'un malade qui malgré le repos le plus complet et un traitement émollient régulièrement suivi fut pris le sixième jour de cystite du col et le lendemain d'une violente épидидymite gauche. Il appela notre attention sur l'abondance de l'épanchement dans la tunique vaginale, et nous cita quatre faits analogues dans deux desquels il y eut épидидymite à bascule, l'inflammation passant à plusieurs reprises d'un testicule à l'autre,

Le malade peut n'avoir jamais eu jusque-là de manifestation de sa diathèse. L'épididymite peut en être la première. Mais il est des cas où les relations sont beaucoup plus nettes. J'en ai observé à ce sujet un des plus frappants.

PREMIÈRE OBSERVATION (personnelle).

X..., employé de commerce, 25 ans, est né de parents herpétiques et rhumatisants. Il a toujours joui d'une excellente santé. Vers l'âge de 22 ans, il vit apparaître quelques éruptions sur la peau qui furent considérées par le médecin de sa famille comme héréditaires. Il prit à cette époque, et pendant longtemps, de la liqueur de Fowler, des bains sulfureux; il usa de pommades au goudron, etc.

Il était encore atteint de ces manifestations, lorsqu'il contracta l'année dernière une blennorrhagie qu'il soigna, sur mes conseils, d'abord par des tisanes délayantes, puis par du copahu et des injections de permanganate de potasse.

La guérison fut obtenue sans encombre au bout de six semaines. Mais quelque temps plus tard, à la suite d'excès vénériens et de nombreuses libations, l'écoulement reparut, sans douleur, avec une allure chronique d'emblée. Nous eûmes recours à des injections très faibles de sulfate de zinc (0,25 centigr. $\%$), et tout avait cessé depuis cinq à six jours lorsqu'une épидidymite survint. Elle fut simple et peu douloureuse. Le suspensoir ouaté fit tous les frais du traitement.

Un mois plus tard, nouvelle blennorrhée ; même traitement que précédemment. Mais elle fut plus rebelle et dura près de six mois. Une simple goutte apparaissait le matin, tous les deux ou trois jours seulement.

Depuis le moment d'apparition de la première blennorrhagie, X... n'avait plus eu un seul bouton sur la peau.

A la suite de la dernière, il eut d'abord de l'herpès génital, puis des plaques très nettes d'herpès circiné se développèrent sur les bras, le thorax et le cou.

L'écoulement, qui avait duré plus de six mois et résisté aux injections, cessa alors spontanément.

De cette observation se rapproche beaucoup l'Observation v que je rapporte plus loin. — L'hérédité est aussi constatée dans l'Observation iii.

Ainsi donc, la scrofule, le rhumatisme et l'herpétisme constituent d'une manière bien évidente la prédisposition aux déviations blennorrhagiques vers l'épididyme. — Les causes banales, telles que les fatigues, les excès, les efforts violents, la station debout longtemps prolongée, les froissements, les contusions, pourront ajouter leur action, mais celle-ci sera tout à fait secondaire et seulement occasionnelle.

On a également accusé certains modes de traitement de la blennorrhagie de favoriser la propagation du processus inflammatoire vers les canaux éjaculateurs, et en particulier ce sont les injections astringentes qui seraient considérées comme les plus coupables. Cependant il ressort d'une statistique publiée par Jullien et due à Lefort, que les blennorrhagies non traitées seraient le plus souvent suivies de la complication qui nous occupe,

L'épididymite se manifeste le plus souvent vers la quatrième semaine après le début de la blennorrhagie, alors que l'inflammation uréthrale a gagné les parties profondes du canal. Jullien donne encore à ce sujet un tableau statistique intéressant, et considère ce fait, joint à celui de l'innocuité des injections astringentes, comme un puissant argument en faveur du traitement abortif de la blennorrhagie.

Les saisons auraient, paraît-il, une certaine influence sur cette manifestation morbide, qui serait plus fréquente au printemps que dans les autres saisons de l'année.

PATHOGÉNIE. — On a beaucoup discuté pour savoir par quel mécanisme se produit l'inflammation blennorrhagique de l'épididyme. Les uns, s'appuyant sur le fait de la dénudation et souvent même de la suppression momentanée de l'écoulement uréthral, ont invoqué la *métastase*. Mais aujourd'hui cette théorie est généralement abandonnée. Si l'écoulement diminue ou se supprime au moment de l'apparition de l'épididymite, c'est simplement à cause de la révulsion qu'elle produit.

L'opinion admise par la plupart des auteurs est celle de la propagation inflammatoire le long du canal déférent. Et, de fait, cette propagation est assez souvent facile à suivre dans sa marche.

Le canal déférent dénote souvent le premier les symptômes du processus inflammatoire, qui s'étend même quelquefois à tous les éléments du cordon. Je crois même qu'il est encore beaucoup plus fréquemment atteint qu'on ne le croit, mais que lorsque l'inflammation se limite à lui seul, sans atteindre les autres éléments du cordon, elle passe très souvent inaperçue ; les symptômes prédominants se manifestent surtout sur l'épididyme.

Velpeau, en l'absence de déférentite, compare la localisation épididymaire à des adénites occasionnées par une irritation éloignée, sans que les lymphatiques intermédiaires manifestent la propagation.

On invoque encore, à l'appui de la théorie de propagation, l'époque ordinaire de production de l'épididymite qui apparaît habituellement alors que

la blennorrhagie s'est cantonnée dans les parties profondes du canal de l'urèthre.

Enfin Fournier a mis l'épididymite blennorrhagique sur le même pied que les autres manifestations éloignées de la blennorrhagie, telles que arthrite, ténosite, etc., et les opinions émises par Diday se rapprochent parfaitement de cette théorie.

Lorsque l'épididymite se complique d'orchite parenchymateuse, fait relativement rare, c'est par simple propagation de l'inflammation dans le parenchyme séminal, et la rareté même de ce fait s'explique par la disposition anatomique de l'organe : 1° les nombreux replis de l'épididyme dans lesquels le processus morbide se localise et se cantonne ; 2° les connexions restreintes qui existent entre l'épididyme et le testicule lui-même. Ce n'est d'ailleurs que dans les cas suraigus, et surtout dans ceux qui ont eu pour cause déterminante une contusion violente, que la propagation se fait vers le testicule. Nous verrons enfin, dans le cours de cet exposé, que l'inflammation peut encore se propager vers d'autres points, tels que l'enveloppe des bourses, le pli de l'aîne et même le péritoine.

L'épididymite se développe généralement d'un seul côté ; elle se montre beaucoup moins souvent double, et, dans ce dernier cas, il est rare de voir les deux organes également atteints. D'après l'opinion de Fournier, la phlegmasie ne débiterait jamais en même temps sur les deux épididymes, mais à quelques jours d'intervalle ; et c'est lorsque la régression des phénomènes morbides se produit sur le premier organe atteint, que le second se prend. Il arrive même quelquefois qu'une récurrence se produit sur le premier au moment où le second commence à guérir. C'est ce que l'on a désigné sous le nom d'orchite à bascule. Mais la règle de Fournier ne doit pas être considérée comme absolue, car dans quelques cas l'orchite peut se présenter double d'emblée.

En voici deux exemples.

OBSERVATION II (personnelle).

Épididymite double d'emblée.

D. J..., soldat au 2^e génie, âgé de 23 ans, grand, mais faible et anémique, entre le 19 juin 1882 à l'hôpital Saint-Éloi, salle Saint-Victor, n° 46 (service de M. le professeur agrégé Gayraud). Aucun antécédent héréditaire bien net.

Il y a eu une première blennorrhagie vers la fin du mois de mai, quatre jours après coït, négligée d'abord, puis traitée à l'infirmerie militaire par tisane d'orge et sirop de térébenthine.

Son service n'est pour cela nullement interrompu, lorsque au quinzième jour de sa blennorrhagie, étant occupé à travailler dans les tranchées, il éprouva une douleur vive dans les bourses, *des deux côtés à la fois*. — Nous l'interrogeons à plusieurs reprises et de diverses manières, pour savoir quel a été le premier organe atteint, et il persiste toujours à dire que dès le début il n'avait trouvé aucune *différence entre l'un et l'autre* ; il n'y avait eu de *symptôme prémonitoire d'aucun côté*.

Conduit à l'infirmerie, il fut traité pendant trois jours par des applications mercurielles et des cataplasmes ; puis il fut transporté à l'hôpital.

A l'examen, on trouve un gonflement douloureux des deux épидидymes, avec un peu de funiculite du côté gauche.

Une goutte de pus jaune verdâtre suinte par la pression du méat urinaire. L'écoulement a diminué, dit le malade, depuis qu'il est « tombé dans les bourses ». Symptômes généraux peu accentués. — Prescription : Pommade belladonnée ; suspensoir ouaté. Tisane d'orge avec bicarbonate de soude 2 gram.

22. La funiculite a presque disparu et l'épididyme a notablement diminué, plus du côté gauche que du côté droit.

24. Diminution notable des deux côtés. Pas de douleurs.

2 juillet. Récidive du côté gauche ; gonflement et douleur limitée à l'épi-

didyme. Celui de droite est aussi plus volumineux et plus sensible que les jours précédents.

5. Le côté gauche diminue, le côté droit augmente.

7. Régression des deux côtés.

15. Léger engorgement des deux épидидymes ; plus de douleurs ; écoulement plus abondant. — Essence de santal 2 gram. ; injection avec sulfate de zinc 0^{gr},25 pour eau 100 gram.

8 août. Écoulement complètement disparu. Reste une induration à la queue de l'épididyme gauche. Léger varicocèle. — Rien d'appréciable sur le droit.

Dans ce cas, le début a été brusque et a porté d'emblée et avec une intensité sensiblement égale sur les deux organes. Le gauche a guéri le premier ; lorsqu'il a été frappé de récédive, le droit l'a aussi été en même temps, quoiqu'avec moins d'intensité d'abord. Il n'est rien resté du côté droit ; du côté gauche, ou l'on a constaté un varicocèle, une induration a persisté.

OBSERVATION III (personnelle).

Épididymites successives. — Récédive double d'emblée. Névralgie réflexe.

Br..., sans profession, âgé de 26 ans, entre à l'hôpital Saint-Éloi, salle Saint-Victor n° 28, le 24 janvier 1883.

Acné rosacée de la face. Père rhumatisant.

Blennorrhagie depuis un mois environ, non traitée.

Douleur et gonflement de l'épididyme gauche depuis trois jours sans réaction générale. — Pommade belladonnée, suspensoir ouaté.

27 janvier. On constate le matin, à la visite, une diminution notable ; plus de douleurs spontanées.

Le soir, une heure après le repas, le malade est pris de douleurs violentes dans la partie droite des bourses (beaucoup plus vives qu'elles n'avaient été à gauche). Ventre très douloureux, avec irradiation vers les lombes. Le moindre mouvement et des efforts de vomissement survenus lui arrachent des cris

L'interne de service, appelé, constate une épидидymite franche à droite, sans rien de nouveau du côté gauche. Le ventre n'est pas tendu ; la pression n'exagère pas les douleurs. — Il prescrit un lavement évacuant, suivi d'un quart de lavement avec 20 gouttes de laudanum. Cataplasme laudanisé sur le ventre.

28. Le calme est revenu. Repos dans la seconde partie de la nuit. Prostration profonde, fièvre légère.

30. Amélioration dans l'état général et dans l'état local.

2 février. Le malade ne souffre plus. L'engorgement a notablement diminué.

4. On constate une induration indolente sur les deux organes.

5. Malaise général dans l'après-midi. Inappétence. Le soir, au moment où Br... se déshabille et monte sur son lit, il sent ses bourses lourdes et douloureuses.

6. Il raconte à la visite qu'il n'a pas dormi de la nuit. Ses *deux testicules le font beaucoup souffrir. Il ne peut pas dire lequel est plus ou moins douloureux que l'autre*. On constate un engorgement très marqué des deux épидidymes ; la tête du gauche paraît légèrement plus volumineuse que celle du droit.

9. Amélioration.

La régression a continué de se faire les jours suivants, et elle a marché *parallèlement des deux côtés*. Il y a encore une induration au moment où Br.... sort de l'hôpital le 14 février.

Quant à ce qui concerne, dans l'épididymite unilatérale, la prédisposition plus ou moins marquée de tel ou tel côté, les avis sont encore partagés, et de nombreuses statistiques plus ou moins contradictoires ont été publiées à ce sujet. On a d'abord généralement admis qu'elle était plus fréquente à gauche qu'à droite. Puis les opinions de Gaussail, d'Espine, de Curling, sont venues donner au testicule droit, au contraire, une prédominance sur le gauche. Curling, qui reproduit l'opinion des deux autres et additionne avec les siens les cas publiés par eux, donne, sur 138 cas, 78 à droite, 49 à gauche et 11 doubles. — Enfin, pour d'autres auteurs, Rollet,

Fournier, Jullien et autres, les différences seraient négligeables. Jullien dit à ce sujet : « Elle est rigoureusement aussi fréquente à droite qu'à gauche. On a beaucoup écrit et beaucoup discuté sur ce dernier point ; comme il peut se présenter certaines séries plus favorables à un côté, les auteurs qui s'étaient sur un nombre trop restreint de faits et en tiraient des conclusions, ne manquaient pas d'expliquer leur résultat par quelque théorie ». Il donne une statistique portant sur 2160 faits ainsi répartis : droites 1011, gauches 982, doubles 165.

Les différences dans ces nombres sont en effet négligeables, et ces nombres sont suffisamment considérables pour avoir une sérieuse importance. Mais ce que les chiffres ne disent pas et que je voudrais tâcher de faire ressortir, c'est que dans beaucoup de cas un froissement, une contusion ou toute autre cause directe de ce genre, peut jouer un rôle important dans la détermination de la phlegmasie sur le côté froissé plutôt que sur l'autre.

Pour que les statistiques eussent une valeur absolue, il faudrait éliminer tous ces cas et ne tenir compte que de ceux où l'épididymite s'est produite sans aucune cause apparente de ce genre. Alors, je crois, on pourrait trouver une prédominance marquée d'un côté sur l'autre, et en particulier du côté gauche. De même que ce dernier, à cause de sa position déclive, est plus exposé à la stase veineuse et par suite au varicocèle, de même et par le fait de l'existence de la lésion veineuse, il doit offrir un terrain tout préparé à la production de la phlegmasie. Je regrette de ne pouvoir encore fournir des faits suffisamment nombreux pour appuyer mon hypothèse, mais je retrouve dans deux de mes observations deux cas d'épididymite gauche coïncidant avec un varicocèle.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.— On a eu rarement à observer directement les lésions produites dans la période aiguë de l'épididymite blennorrhagique. Cependant quelques cas sont connus dans la science, et c'est à Gaus-sail, Curling, Macé, Gosselin et Robin, que l'on doit la connaissance anatomo-pathologique de cette lésion. Elle se rapproche d'ailleurs beaucoup de toutes celles qui sont le résultat de l'inflammation.

On a constaté en effet, dans les vaisseaux de l'épididyme, une congestion plus ou moins accentuée donnant lieu à des arborisations rouges, soit sur les parois du canal lui-même, soit dans le tissu cellulaire interstitiel. En même temps, il se forme des exsudats plastiques dans tous les points de l'organe. Les parois du canal épидидymaire sont épaissies ; la lumière est dilatée, mais obstruée par les dépôts fibrineux. On observe aussi cette dilatation, et même à un degré plus avancé, en arrière du siège de la lésion, qui se trouve généralement à la queue de l'épididyme. Cette dilatation est due (Curling, Gosselin) à l'arrêt du liquide séminal qui ne peut plus cheminer à travers les voies obstruées.

Les mailles du tissu cellulaire sont également envahies.

Les dépôts plastiques que l'on trouve dans ces divers points ont une couleur brune jaunâtre et sont constitués par de la fibrine, de nombreux leucocytes, des granulations grasses auxquelles est due surtout la couleur jaune des produits extravasés.

Au moment de la guérison, tous ces produits se résorbent lentement, la lumière du canal se déterge et le cours normal du sperme se rétablit ; mais il n'en est pas toujours ainsi. La résolution est souvent très lente à se faire ; dans un certain nombre de cas même, elle ne se fait jamais complètement, et cela surtout lorsque la maladie a été mal soignée ou qu'elle a subi une ou plusieurs récidives. « L'orchite consécutive, dit Curling (et il veut parler ici de l'épididymite blennorrhagique), surtout lorsqu'on l'a négligée à son début, se termine rarement sans laisser après elle des traces distinctes de son existence, qui ne disparaissent jamais complètement. »

Dans ces cas, l'exsudat fibrineux, au lieu de se résorber, s'organise ; il prend une consistance plus grande ; le tissu fibreux apparaît, et avec lui des adhérences plus ou moins solides entre les divers replis de l'épididyme, qui sont tirillés et comprimés par cette sorte de tissu cicatriciel ; le bouchon qui fermait la lumière du canal devient plus solide et enferme à jamais les spermatozoïdes dans la glande qui les a produits. « Dans les cas invétérés, ajoute encore Curling, la queue de l'épididyme acquiert une densité considérable et devient parfois le siège de dépôts calcaires. »

SYMPTOMES. — Début. — L'épididymite blennorrhagique débute parfois d'une façon très brusque, et les symptômes se manifestent dès le moment de leur apparition avec leur maximum d'intensité. Ce n'est pas cependant la forme la plus fréquente, et il arrive beaucoup plus souvent d'observer plus nettement la propagation inflammatoire. Alors le malade éprouve d'abord une légère douleur avec tension et chaleur au niveau de l'aîne, puis dans le cordon, et enfin une pesanteur plus ou moins douloureuse dans les bourses.

Les symptômes s'accroissent d'heure en heure et le gonflement apparaît rapidement, en même temps qu'il se produit plus souvent des phénomènes réflexes et un retentissement plus ou moins violent sur l'organisme tout entier.

Symptômes locaux. — Les symptômes locaux les plus communs sont ceux qui accompagnent tout processus inflammatoire, c'est-à-dire douleur, chaleur, rougeur et tuméfaction. Ils se produisent à peu près simultanément et avec une intensité variable suivant les cas et aussi suivant les individus. Ils se présentent avec leur maximum d'acuité chez les individus jeunes et vigoureux ; chez les diathésiques au contraire et chez les sujets débilités, ils sont beaucoup moins violents ; leur production est plus lente, mais plus lente aussi est leur régression. Enfin chacun d'eux peut avoir une prédominance plus ou moins marquée suivant les tempéraments ; mais c'est surtout pour le symptôme douleur que cette variabilité existe. Les sujets nerveux, facilement irritables les ressentent, plus durement que les hommes lymphatiques et à caractère placide. Chez les pléthoriques, d'autre part, la rougeur, la chaleur, le gonflement, pourront être très considérables.

La douleur présente dans cette région un caractère particulier : se présentant au début sous forme de gêne et de pesanteur, elle acquiert bientôt une intensité généralement considérable. Elle est exécrable. Les malades comparent la sensation qu'ils éprouvent à celle que leur produirait celle d'un fer rouge ou bien d'un étau comprimant les bourses. Ils ne peuvent supporter le moindre contact, et on les trouve le plus souvent dans

une attitude particulière. Couchés sur le dos, les cuisses à demi-fléchies pour soulever les couvertures et écartées, ils relèvent les bourses sur le ventre, et, dès que l'on s'approche pour les examiner, ils entourent leurs organes des deux mains comme pour les cacher, et on a souvent beaucoup de peine à obtenir qu'ils les retirent complètement. Dès qu'on les touche, ils poussent des gémissements, souvent des cris. La face grippée, les muscles du cou contractés et la tête soulevée, ils convulsent leurs yeux vers leurs testicules, ne perdant pas de vue un seul des mouvements du médecin, et toujours prêts à porter leurs mains sur les siennes pour les retenir dans leur action. Leurs membres sont souvent agités de frémissements et de trépidations.

Ces douleurs remontent le long du cordon et s'irradient plus ou moins loin vers l'abdomen, les lombes, les cuisses, et ces irradiations douloureuses sont quelquefois assez intenses pour constituer de véritables névralgies.

La chaleur produite au niveau des bourses est très intense, elle est âcre, mordicante, et le malade la ressent lui-même lorsque l'organe malade repose sur les cuisses ou sur le ventre. Il y a même souvent une sensation de brûlure que j'ai déjà signalée à propos de la douleur, et aussi des pulsations violentes dans le scrotum.

La peau de ce dernier est rouge, luisante, et ne présente plus les rides que l'on y rencontre à l'état normal. Par contre, les bulbes pileux paraissent encore plus saillants que d'habitude. Cette rougeur remonte plus ou moins haut vers le canal inguinal, s'il y a en même temps une funiculite marquée.

Le gonflement peut devenir très considérable. Il se produit sur l'épididyme, qui se trouve doublé et triplé de volume. On le constate par conséquent en haut et en arrière dans les cas normaux, et dans des positions variables suivant les situations même de l'organe lorsqu'il y a inversion du testicule. La tête de l'épididyme est énorme, recouvrant en partie le testicule, « à la façon d'un cimier de casque », suivant l'expression consacrée par les auteurs, et il est souvent difficile d'établir nettement une ligne de démarcation entre l'épididyme et la glande séminale proprement dite.

Cette difficulté augmente encore en même temps que le gonflement lorsqu'il s'est produit un épanchement dans la tunique vaginale. « Ce n'est pas toujours chose facile, dit Jullien, que de distinguer dans cette tumeur la glande séminale, qui semble comme noyée entre la nodosité épидидymaire et la masse de l'hydrocèle. Aussi a-t-on cru longtemps à l'existence d'une orchite, alors que l'isolement de son tissu cellulaire défend le testicule contre la propagation du processus inflammatoire. » Pour établir un diagnostic précis, le même auteur conseille la manœuvre suivante : « Si l'on peut, dit-il, s'aider de la palpation et imprimer avec la pulpe digitale de légers choes qui, déplaçant le liquide, la conduisent sur la surface plus résistante de la glande, on arrive en général à une précision de diagnostic que la connaissance la plus complète des symptômes subjectifs ne saurait donner. »

Il est certain que le praticien appelé auprès d'un malade doit chercher à établir un diagnostic aussi précis que possible, pour bien diriger ces indications et prescrire un traitement approprié. Mais il est des cas particuliers où il doit limiter ses investigations sous peine de torturer son malade ou même d'aggraver son mal ; et je crois, quant à moi, que l'orchite aiguë doit rentrer dans ce cadre. Il est non seulement difficile à cause de la résistance du malade, mais même inutile au point de vue des indications à poser, de chercher à préciser ce diagnostic au début de la maladie, lorsque les symptômes se manifestent avec leur maximum d'acuité. J'estime qu'il vaut mieux attendre qu'ils se soient amendés ; on pourra quand même et sans inconvénient poser les indications du traitement antiphlogistique et l'on sera toujours à temps un peu plus tard de voir si la glande séminale est intacte ou malade, s'il y a du liquide ou non dans la tunique vaginale.

On constate souvent dans le cours de l'épididymite et surtout au moment où l'acuité des symptômes commence à décroître, des pollutions nocturnes. Si les deux organes ont été malades, le sperme ne contient pas de spermatozoïdes ; s'il n'y en a qu'un d'atteint, leur nombre est considérablement diminué.

Symptômes généraux. — Ils varient beaucoup suivant les sujets. Chez les uns, ils sont à peine marqués ; chez d'autres au contraire, il acquièrent

des proportions quelquefois menaçantes. — Chez les premiers, tout se borne à un simple malaise, un peu de céphalalgie, de la courbature. Chez les seconds, la fièvre s'allume, accompagnée de tout son cortège : malaise, céphalalgie, embarras gastrique. La peau est chaude et d'une sécheresse absolue, la température s'élève à 38°,5 et 39°; dans les cas rares, elle va plus haut encore. Le pouls est fréquent (80 à 100 puls.), quelquefois plein et dur, d'autres fois au contraire petit, filiforme, à peine perceptible. Le malade éprouve des bouffées de chaleur, il est en proie à l'agitation, à l'insomnie, suivies habituellement d'une dépression profonde et d'un abattement qui ferait croire au premier abord à un état typhoïde.

La langue est large, recouverte d'un enduit blanc jaunâtre. L'appétit est supprimé, il y a quelquefois des nausées et des vomissements. La constipation est habituelle.

MARCHE ET DURÉE. — « Après avoir persisté de quarante-huit heures à une semaine ou davantage, les symptômes aigus commencent à diminuer en suivant dans la période de déclin une marche plus lente que dans la période d'invasion. L'activité de la médication et la santé du sujet ont une grande influence sur la durée de la maladie; chez beaucoup d'individus, surtout quand leur constitution est faible et leur âge avancé, l'inflammation prend dès le début une forme subaiguë; le gonflement s'opère sans produire beaucoup de souffrances, puis diminue lentement; souvent, dans ces cas, l'affection est rebelle, de longue durée, et sujette à récidive. » (Curling).

La durée moyenne de l'épididymite commune varie, d'après l'opinion de la plupart des auteurs, entre trente et quarante jours. Mais ces chiffres sont loin d'être constants dans bon nombre de cas, soit à cause des récidives, qui sont fréquentes, soit à cause du passage à l'état chronique, soit enfin à cause des complications qui peuvent survenir. Les phénomènes aigus évoluent rapidement lorsque la lésion s'est produite sur un bon terrain et qu'elle a été soumise à un traitement bien rationnel dirigé. Les symptômes généraux disparaissent les premiers au bout de deux jours, une

semaine au plus ; mais il reste une anémie profonde. L'épididymite est en effet une maladie très débilitante, pendant le cours de laquelle on a noté une diminution notable des globules sanguins. Puis les phénomènes locaux s'amendent progressivement, la douleur fait place à une simple gêne vers le quatrième ou le cinquième jour, et le gonflement diminue en même temps.

La terminaison peut se faire de différentes façons, mais la résolution est de beaucoup la plus fréquente. Seulement elle est quelquefois lente à se produire, ou du moins à se compléter. Entre les symptômes aigus et la résolution totale de l'inflammation, on parcourt une période de longueur variable, pendant laquelle on voit persister des indurations limitées et localisées sur divers points de l'épididyme, en particulier à la tête et à la queue. C'est là l'état chronique, qui se termine souvent par la résolution complète au bout d'un certain temps. mais qui peut persister pendant de longues années, et quelquefois toujours. Si l'inflammation a frappé les deux organes, la stérilité en sera la conséquence, et elle durera tant que la résolution ne sera pas terminée. La disparition des nodosités et des indurations sera la preuve du retour à l'état normal ; mais, pour quelle soit sûre, il faudra qu'elle soit confirmée par le retour des spermatozoïdes, qui dans ces cas ne tarderont jamais à reparaitre, à moins toutefois que la glande séminale ne soit elle-même malade et incapable de les produire.

La suppuration est excessivement rare dans l'épididymite simple. Je ne m'y arrêterai pas ici, pas plus qu'à quelques autres modes de terminaison, que je considère comme de véritables complications de l'épididymite et que je me réserve d'étudier dans un chapitre spécial.

Je n'insisterai pas sur le diagnostic de l'épididymite. Il est des plus simples. L'apparition rapide des symptômes, la douleur et les gonflements de l'épididyme, l'existence de l'écoulement urétral, suffisent à l'éclairer. Mais il faudra que le praticien provoque lui-même l'écoulement, car dans certains cas les malades essayent de le cacher et d'en nier l'existence.

Dans la leçon clinique dont j'ai déjà parlé, M. Tédénat nous fit part d'un cas remarquable d'orchi-épididymite chronique droite. Il s'agissait d'un

homme âgé de 31 ans, fortement constitué, sans tare héréditaire, qui, pendant la septième semaine d'une blennorrhagie peu intense, fut atteint d'épididymite très douloureuse. Malgré un mois passé au lit, malgré trois applications de sangsues et de pommade mercurielle, l'organe était très tuméfié et très douloureux. La tuméfaction, les douleurs, persistaient treize mois après, et le malade passait sa vie au lit ou sur un fauteuil. Il avait pris plus de 200 gram. d'iodure de potassium et employé une quinzaine de pots d'onguent napolitain quand il consulta M. Tédénat. A ce moment, l'épididyme était énorme, très douloureux à la pression ; le malade pouvait à peine faire quelques pas, tant il souffrait, malgré le suspensoir.

Avant tout, M. Tédénat chercha la cause de la persistance si grande de l'inflammation. Il crut la trouver dans l'urèthre postérieur, qu'il crut enflammé à cause de divers troubles fonctionnels, entre autres des mictions fréquentes (quinze à vingt par jour) accompagnées quelquefois de quelques gouttes de sang à la fin. L'exploration de l'urèthre le confirma dans son opinion ; il constata une contracture intense de la région membraneuse, et la boule revint de la région prostatique chargée de pus. Le diagnostic d'*urétrite chronique postérieure* étant posé, M. Tédénat s'occupa de la guérir au moyen d'instillations profondes d'une solution de nitrate d'argent à 1/50. En même temps, il appliqua le suspensoir de Langlebert. Au bout de huit jours, quatre instillations ayant été faites, la fréquence des mictions n'exista plus, les douleurs testiculaires disparurent et, un mois après, la guérison était complète.

CHAPITRE II.

FORMES SECONDAIRES OU ACCESSOIRES.

Je n'ai décrit jusqu'ici que le tableau le plus commun et véritablement classique des déviations scrotales de la blennorrhagie. L'épididymite est en effet la plus fréquente, et, de plus, elle existe toujours, sauf quelques rares exceptions, en même temps que les autres formes, que j'appelle accessoires pour cette raison. Celles-ci la précèdent rarement, se produisent quelquefois en même temps qu'elle, et plus souvent après elle, par le fait de la propagation inflammatoire. Je veux parler ici de la déférentite, de la funiculite, de la vaginalite, et de l'orchite parenchymateuse, qui ajoutent le contingent de leurs symptômes particuliers à celui de l'épididymite. « Point d'affection blennorrhagique des organes contenus dans les bourses sans engorgement de l'épididyme », a dit Ricord. On a bien observé, il est vrai, dans quelques cas, la déférentite et la funiculite développées seules en l'absence de l'épididymite (Gosselin), mais jamais l'orchite blennorrhagique n'est survenue avant ou sans l'épididymite.

Déférentite et funiculite. — Le canal déférent enflammé donne la sensation d'un cordon dur, roulant sous les doigts, et plus ou moins volumineux. Les auteurs l'ont comparé à une plume de corbeau, et ils affirment que dans certains cas il peut acquérir le volume d'un doigt. Pour ma part, je n'ai jamais eu l'occasion d'en trouver d'aussi volumineux. On constate quelquefois sur son trajet des indurations plus accentuées en certains points et des bosselures plus ou moins nettes. Si en l'examinant on le comprime légèrement entre le pouce et l'index, on fait naître une douleur assez vive, qui n'est généralement pas ressentie spontanément par le malade lorsqu'il y a une épididymite concomitante.

Dans quelques cas assez fréquents, le processus inflammatoire ne se borne pas seulement au canal déférent, mais il envahit aussi le tissu

cellulaire qui réunit entre eux les divers éléments du cordon (funiculite) et donne ainsi lieu à un gonflement plus considérable, formant une saillie dirigée de bas en haut et de dedans en dehors, depuis l'épididyme jusqu'à l'anneau inguinal externe, et même au delà dans le trajet du canal inguinal. La tumeur ainsi formée présente une rougeur très marquée dans toute son étendue, accompagnée d'un empâtement notable de toute la région et d'une douleur spontanée plus ou moins vive qui s'exagère à la pression.

Ajoutons ici l'*aberrantite*, qui consiste dans la localisation de la phlegmasie, dans un diverticulum de l'épididyme connu sous le nom de *vas aberrans*. Gosselin, dans ses Cliniques, en rapporte un cas dans lequel, à la troisième semaine d'une blennorrhagie, il s'était produit à gauche un petit gonflement douloureux sur le côté externe de l'épididyme. « Il en partait sous forme d'un cordon assez dur et étroit, se dirigeait de bas en haut dans l'étendue de 12 à 15 millim., et se terminait en haut par un petit renflement très douloureux à la pression. Le testicule n'était pas sensible, mais le malade nous disait qu'il en avait souffert un peu les premiers jours sans qu'aucun gonflement fût survenu. Cette petite tumeur avait un aspect fort insolite. A cause de sa sensibilité à la pression et pendant les mouvements, elle pouvait être considérée comme phlegmoneuse, mais le phlegmon ne prend pas cette forme allongée et cette dureté; il ne reste pas aussi circonscrit. La dureté pouvait faire penser encore à l'une de ces callosités que l'on voit se former le long de l'urèthre et qui appartiennent à la première phase des phlegmons chroniques péri-uréthraux; mais vous m'avez vu chercher avec grand soin si la petite tumeur allait du côté de l'urèthre et se confondait avec lui comme le font les phlegmons dont je parle. Il n'en était rien. Le mal était trop récent pour qu'on pût songer à un fibrome ou à un carcinome. »

Vaginalite. — La vaginalité est, comme la funiculite, une compagne très assidue de l'épididymite, et il est à remarquer que l'inflammation de cette séreuse se produit beaucoup plus facilement à la suite de l'épididymite qu'avec l'orchite proprement dite. La loi formulée par Gendrin

nous en donne l'explication¹. L'inflammation des membranes séreuses se propage toujours au tissu cellulaire sous-jacent, qui, lorsqu'il pénètre dans l'intérieur d'un organe, lui transmet aussi l'inflammation ; mais quand il n'y pénètre pas et que l'organe sous-jacent à la séreuse a une structure différente de celle du tissu cellulaire, l'extension de l'inflammation n'a plus lieu. Cette proposition peut être renversée sans inconvénient et trouve ici parfaitement son application. En effet, la tunique vaginale n'est séparée de l'épididyme que par un tissu cellulaire sous-séreux qui se continue sans interruption avec celui qui unit entre elles les diverses circonvolutions de l'organe. Par suite, et comme nous l'avons déjà vu dans la funiculite, l'inflammation ne se limite pas aux parois du conduit épидидymaire, elle frappera nécessairement le tissu cellulaire ambiant, lequel ne tardera pas à la communiquer à la séreuse elle-même. Mais il n'en sera plus ainsi pour le testicule, qui, recouvert d'une coque épaisse et résistante, l'albuginée, ne présente aucune continuité de tissus avec l'enveloppe séreuse qui le recouvre.

Dans la tunique vaginale, l'inflammation se comporte absolument de la même manière que dans toutes les séreuses. Il se produit entre ses deux feuillets une exsudation séro-fibrineuse qui donne lieu à la production de fausses membranes et d'un épanchement dont l'abondance peut varier dans des proportions assez notables et fournir dans certains cas une source d'indications, comme nous le verrons à propos du traitement. Le gonflement des parties est nécessairement en relation étroite avec la quantité du liquide épanché, mais il est à remarquer qu'il n'altère pas notablement la forme globuleuse de l'organe. Il détermine quelquefois une compression extrêmement douloureuse du testicule. On reconnaît facilement sa présence à une fluctuation très nette que l'on perçoit à la partie antéro-inférieure de la tumeur.

Après sa résorption ou son évacuation, il se forme assez souvent des adhérences entre les deux feuillets séreux, adhérences qui ont pour résultat l'immobilisation du testicule, et, par suite, les dangers plus grands de frois-

¹ Gendrin ; Histoire anatomique des inflammations.

sement et de contusion qu'il lui sera difficile d'éviter, retenu par ses entraves. Au dire de certains auteurs, la formation d'adhérences dans la tunique vaginale serait extrêmement fréquente. Curling en particulier considère « qu'on les rencontre à peu près aussi souvent que celles des plèvres ». D'après Astley Cooper, leur production aurait du côté de la glande un retentissement marqué qui serait représenté par une sclérose interstitielle consistant dans l'épaississement des cloisons fibreuses de cet organe et une diminution du volume des tubesséminifères, dont la plupart seraient transformés en cordons pleins. Curling ne s'associe nullement à cette opinion : « J'ai, dit-il, si fréquemment vu des traces d'inflammation de la tunique vaginale coïncider avec une intégrité parfaite du testicule que, contrairement à l'autorité imposante d'A. Cooper, je dois regarder plutôt comme une exception que comme une règle, la coexistence d'altérations du testicule dans ces cas ».

Il est probable en effet que cette lésion n'est pas aussi fréquente que le dit A. Cooper, et les cas dans lesquels la réapparition des spermatozoïdes se produit après une épидидymite double avec vaginalite, sont assez nombreux pour venir à l'appui de l'opinion de Curling. De plus, la sclérose du testicule droit conduit nécessairement à l'atrophie, et celle-ci est excessivement rare. Gosselin (Cliniques) dit n'avoir constaté que deux cas d'atrophie du testicule à la suite de l'orchite blennorrhagique non suppurée. Qu'est-ce qu'un si petit nombre à côté de celui des vaginalites ?

Si le liquide ne se résorbe pas ou n'est pas évacué artificiellement, il peut enfin arriver qu'il augmente lentement, même après la régression de l'épididymite, et en l'absence de tout symptôme inflammatoire, pour arriver à constituer une véritable hydrocèle.

ORCHITE PARENCHYMEUSE. — L'orchite proprement dite n'est pas fréquente à la suite de la blennorrhagie, et l'on trouve dans les auteurs classiques l'intégrité du testicule considérée comme signe important de diagnostic entre l'orchite blennorrhagique et les autres orchites aiguës (traumatiques, d'oreillons, etc.), qui elles, au contraire, portent surtout sur la

¹ Astley Cooper ; On diseases on the testis.

glande elle-même. Ce fait n'est certes pas absolu, car dans certains cas l'inflammation blennorrhagique peut se propager jusqu'à la glande séminale ; seulement alors l'épididymite, et quelquefois la funiculite, auront précédé l'orchite d'une manière évidente.

Entre l'épididyme et le testicule, les connexions sont faibles, limitées, et il faudra que l'intimité des symptômes développés sur le premier organe soit très grande pour se propager au second, ou bien que le testicule soit dans un état particulier de prédisposition (coups, maladies antérieures) pour que l'inflammation se propage jusqu'à lui. Nous l'observerons surtout lorsqu'un traumatisme aura été cause occasionnelle de la complication scrotale, ou bien lorsque l'état général débilité de l'individu le prédisposera d'une façon spéciale. Nous rencontrons ces deux causes réunies dans une observation de M. le professeur agrégé Gayraud que j'ai reproduite plus loin à propos des abcès du scrotum.

L'orchite survenant à la suite de la blennorrhagie a été désignée par les auteurs sous le nom d'orchi-épididymite, à cause de sa concomitance constante avec l'épididymite. Aux symptômes déjà décrits de cette dernière affection, viennent s'ajouter le gonflement de la glande séminale et la douleur testiculaire.

Le gonflement est peu accentué à cause de la présence de la tunique albuginée, qui constitue une coque dure et très peu extensible.

Il est cependant suffisamment appréciable ; et quoique l'épididyme soit lui-même proportionnellement beaucoup plus volumineux, on ne trouve pas entre les deux organes une différence aussi frappante que celle qui existe dans les cas d'épididymite simple.

Mais le signe le plus net est la douleur. Cette sensation particulière et bien connue est la même que celle que l'on provoque à l'état sain en comprimant fortement le testicule, et qui est suffisamment caractéristique pour que le chirurgien ait recours à elle dans les cas où ayant, par exemple, à ponctionner une hydrocèle, il cherche à reconnaître la situation exacte de la glande séminale pour ne pas l'exposer à l'action du trocart. Dans les cas d'orchite, la douleur *testiculaire* ou *spermatique* se développe spontanément. Son mode de production est pour ainsi dire le même que

celui qu'emploie le chirurgien. Elle est due à la compression des tubes séminifères, qui augmentent de volume par le fait de l'inflammation, se gênent mutuellement, sont étouffés par la prolifération des éléments cellulaires interstitiels, et enfin par la coque albuginée, qui s'oppose à leur expansion. Cette douleur énervante, profondément déprimante, ajoute son action à l'effet anémiant lui-même de la maladie et plonge le sujet qui en est atteint dans un état de prostration douloureuse, caractéristique, que j'ai déjà essayé de dépeindre dans l'étude de l'épididymite simple, mais qui est encore beaucoup plus marqué lorsque l'orchite se surajoute à la première lésion.

La douleur spermatique peut, il est vrai, se produire en l'absence d'orchite lorsque le gonflement de l'épididyme est excessif et que la vaginalite l'accompagne avec production d'un épanchement notable dans la cavité séreuse. Alors il y a également compression de la glande séminale, et il est quelquefois bien difficile de poser un diagnostic précis. Le testicule se perd entre le volume énorme de l'épididyme et la masse liquide de l'épanchement. Mais la compression de cette manière n'est jamais aussi intense que lorsqu'elle est produite par l'hyperplasie intratesticulaire, et, par suite, le caractère plus ou moins violent de la douleur pourra permettre de soupçonner ou non la présence de l'orchite. De plus, le gonflement du testicule lui-même pourra être perçu dans certains cas, avant que l'épanchement ait acquis une épaisseur trop grande, et on pourra ainsi être mis sur la voie, surtout si l'on tient compte en même temps des circonstances étiologiques qui auront précédé l'apparition du mal.

L'inflammation blennorrhagique du testicule suit généralement la même marche que celle de l'épididymite. La résolution en est la terminaison la plus fréquente. Cependant, ici, le pronostic devra être plus réservé.

L'inflammation du parenchyme testiculaire entraîne plus souvent la stérilité que l'épididymite simple. En effet, les canalicules séminifères sont le siège d'une prolifération interne qui ne tarde pas à oblitérer leur lumière, déjà naturellement étroite, et les transforme par suite, si elle n'est pas résorbée, en cordons pleins, incapables de remplir les fonctions qui leur

incombent. La même prolifération se fait aussi au dehors dans le tissu interstitiel; elle comprime les canaux, les aplatit, et aboutit ainsi au même résultat. Sur huit cas d'orchite parenchymateuse qu'il a pu suivre, M. Tédénat a noté cinq fois l'atrophie complète.

Outre cette conséquence, qui est encore la moins grave parce que la résorption se fait dans beaucoup de cas, ou bien parce qu'un certain nombre de canalicules peuvent échapper dans une certaine limite à l'oblitération; outre cette conséquence, dis-je, il en est d'autres plus mauvaises encore. Lorsque l'inflammation est bien vive, les parties constituant de la glande, comprimées à l'excès, sont privées de leur vitalité; elles se nécrosent et le pus se forme dans l'intérieur même du testicule.

Le pus produit dans l'épaisseur de la glande séminale peut y séjourner indéfiniment, s'enkyster, et perdre par le fait de la résorption ses parties liquides pour constituer un reliquat caséux qui persistera pendant toute la vie de l'individu, sans qu'aucun symptôme ne puisse signaler sa présence à l'extérieur. Seulement, il jouera bien le rôle de corps étranger; son action irritante entretiendra autour de lui une sorte de phlegmasie chronique accompagnée d'une douleur sourde et constante, d'une gêne plus ou moins grande, et prête à se réveiller sous l'influence de la moindre cause.

Dans d'autres cas au contraire, la coque albuginée sera aussi altérée; elle cédera, et le pus la traversera, soit pour s'épancher dans la tunique vaginale si celle-ci n'est pas déjà transformée par la production des fausses membranes, ou pour se faire jour directement au dehors à travers les enveloppes du scrotum, qui ne pourront lui opposer qu'une très faible résistance. Enfin la mortification de la glande séminale se fera parfois d'une façon tellement rapide que les tissus seront frappés de gangrène avant d'avoir eu le temps de se désorganiser. — Nous reviendrons sur ces deux points à propos des abcès du scrotum.

Ces terminaisons de l'orchite sont heureusement rares, mais elles se produisent relativement plus souvent que dans l'épididymite. De plus, la résorption totale est plus lente à se faire, et dans beaucoup de cas ne se

fait jamais complètement. Les exsudats plastiques s'organisent, augmentant ainsi l'épaisseur des travées fibreuses ; les canalicules séminifères disparaissent au milieu de cette prolifération ou bien se transforment en cordons pleins.— En même temps, le testicule conserve une tendance très grande aux phlegmasies, une sorte d'irritation continuelle accompagnée souvent de douleurs névralgiques très pénibles.

Pour que la glande séminale soit frappée de l'inflammation blennorrhagique, il n'est pas nécessaire qu'elle soit contenue dans les bourses. L'orchite s'observe également dans les cas d'ectopie testiculaire, et le diagnostic peut alors être assez obscur. Lorsque le testicule est encore logé dans l'intérieur du canal inguinal, on constatera, s'il s'enflamme, de la rougeur, de la tuméfaction dans la région correspondante; on pourra donc facilement confondre cette lésion avec une adénite suppurée. D'autre part, si la réaction générale est intense, s'il se produit des nausées et des vomissements, on pensera à un étranglement herniaire.

Si le testicule est logé dans la cavité abdominale, il pourra y avoir un peu d'empâtement dans la fosse iliaque, et, la constipation étant fréquente, les vomissements pouvant survenir, l'iléus ou la typhlite pourront être accusés de ces désordres. Voyons donc quels seront les éléments de diagnostic à la disposition du praticien.

Et d'abord, l'existence antérieure de l'écoulement uréthral, jointe à l'absence du testicule dans le scrotum du côté malade, donnera déjà une grande probabilité. Le caractère de la douleur (douleur spermatique) ne sera pas le même que celle produite par les autres lésions. Les vomissements ne sont généralement pas porracés, et la constipation cédera à un lavement purgatif. Enfin les symptômes généraux disparaîtront rapidement, à moins que, ce qui arrive malheureusement trop souvent dans ces cas, la péritonite ne se mette de la partie.

CHAPITRE III.

COMPLICATIONS ET TERMINAISONS INSOLITES.

Dans ce chapitre, vont trouver place un certain nombre d'accidents qui se produisent pendant le cours de la phlegmasie du testicule ou qui sont la conséquence de cette même phlegmasie. Ils peuvent être considérés comme de véritables complications, soit immédiates, soit consécutives, et c'est sous ce titre que je les réunis dans un même chapitre. Je passerai ainsi successivement en revue : les abcès, les phlébites, la péritonite, les névralgies réflexes, en donnant autant que possible à chacun de ces sujets un développement en rapport avec leur importance.

Abcès. — Il faut distinguer ici plusieurs sortes d'abcès, suivant le point de départ de la collection purulente. Elle peut se former simplement entre les feuillets du scrotum, mais ce n'est le cas ni le plus fréquent ni le plus important à signaler.

Ils se traduisent par les symptômes ordinaires des abcès sous-cutanés, guérissent rapidement et sans conséquences fâcheuses. Ils ne méritent donc pas de nous arrêter.

Viennent ensuite les collections purulentes formées dans la cavité vaginale et auxquelles on pourrait donner le nom de *vaginalite purulente*. Dans ces cas, il n'est guère possible, avant l'issue du pus à l'extérieur, d'affirmer son existence et de la distinguer de l'épanchement simple. Cependant, si les phénomènes inflammatoires ont été très intenses du côté de l'épididyme, si l'épanchement tarde à se résorber, si les douleurs persistent plus longtemps que d'habitude, on aura le droit de soupçonner la présence du pus. Dans certains cas, la fièvre persistera, de légers frissons se produiront, et on constatera un œdème marqué de la peau des bourses. On aura également à tenir compte de l'état général du sujet et de ses anté-

cédents. — Rien n'empêchera du reste de recourir à une ponction exploratrice.

En général, le pus ne tarde pas à se tracer lui même une voie à l'extérieur. Il se forme alors, sur les parties déclives du scrotum, une saillie plus ou moins volumineuse, empâtée d'abord, puis nettement fluctuante, qui est le siège d'une douleur vive avec picotement, d'une coloration rouge vineuse ou violacée. Enfin la peau se mortifie, se rompt, et il s'écoule un pus d'abord épais, crémeux, louable, puis sanguinolent, faisant place au bout de quelques jours à de la simple sérosité. Alors l'écoulement s'arrête et la plaie ne tarde pas à se fermer. Les abcès de la tunique vaginale ne sont généralement pas graves par eux-mêmes, mais ils sont généralement suivis d'adhérences plus ou moins complètes qui immobilisent le testicule et, de plus, leur production annonce souvent une désorganisation plus profonde, soit du côté de la glande séminale, soit du côté de l'épididyme.

Les abcès du troisième ordre sont ceux qui ont pour point de départ les organes testiculaires. J'ai déjà signalé, à propos de l'orchite, les abcès enkystés et leurs reliquats, parce qu'ils ne se traduisent à l'extérieur par aucun symptôme et qu'on ne les retrouve qu'à l'autopsie. Il n'en est plus de même de ceux qui se font jour à l'extérieur. La suppuration de l'épididyme est relativement beaucoup plus rare que celle du testicule. Lorsqu'elle se produit, c'est surtout à la queue, quelquefois à la tête de l'organe, aux dépens du tissu cellulaire qui environne les circonvolutions. Le pus collecté donne lieu à une tuméfaction pâteuse, siégeant en avant et en haut si c'est la tête de l'organe qui est frappée, en arrière et en bas si c'est la queue. Des adhérences commencent à se former à leur niveau dans la tunique vaginale, et c'est ainsi qu'au début on peut les distinguer de la vaginalite purulente, dans laquelle les organes, au lieu d'être adhérents, sont refoulés par la collection liquide et conservent par suite leur mobilité. Les adhérences, une fois produites, sont refoulées petit à petit par le pus, qui finit par déterminer ainsi une saillie sous la peau du scrotum, comme dans le cas précédent.

Lorsque les abcès du testicule ne restent pas enkystés dans l'intérieur

de l'organe, la tunique albuginée cède sur un point, les adhérences vaginales se forment et le pus chemine vers l'extérieur, comme dans les autres cas.

Ces deux dernières variétés se distinguent des abcès de la cavité vaginale, d'abord par les adhérences qui se produisent au début de leur évolution, et puis par le caractère de la fluctuation que l'on ne sent nettement que peu de temps avant la perforation des enveloppes scrotales, et cela dans une étendue beaucoup plus limitée. L'écoulement purulent se maintient plus longtemps. Il se forme de véritables trajets fistuleux dont la durée est parfois très longue, et qui laissent persister, même après la guérison, une induration définitive sur l'organe glandulaire, avec adhérences solides au scrotum.

Mais ce n'est pas tout : dans les abcès du testicule, on voit le plus souvent apparaître après l'écoulement d'une certaine quantité de pus, au niveau de l'ouverture scrotale, des paquets de filaments blancs très ténus, qui ne sont autres que les tubes séminifères eux-mêmes, venant ainsi faire hernie entre les lèvres de la plaie et constituer ce que l'on a désigné sous le nom de *fungus bénin du testicule*. Les malades, qui ne sont pas prévenus de ce phénomène, cherchent souvent à arracher ces filaments avec les doigts et réussissent ainsi à énucléer petit à petit la totalité de leur glande séminale.

Cette lésion, peu douloureuse en elle-même, a souvent pour conséquence l'atrophie de l'organe, ou du moins des adhérences très intimes entre lui et la peau même du scrotum, par suite du bourgeonnement qui se fait au moment de la guérison sur le tissu glandulaire lui-même.

Qu'il me soit permis, à ce sujet, de reproduire en entier ici une observation des plus intéressantes que j'ai eu l'occasion de suivre à l'hôpital Saint-Éloi et qui a été publiée par M. le professeur agrégé Gayraud dans la *Gazette hebdomadaire des Sciences Médicales de Montpellier* (4 juin 1881).

OBSERVATION IV.

Le nommé X..., militaire, âgé de 23 ans, entre à l'hôpital, dans le service des vénériens, le 27 avril 1881. Il raconte qu'après avoir souffert

pendant quelque temps d'une bronchite chronique, il fut envoyé chez lui en congé de convalescence au mois de décembre 1880.— Dans le courant du mois de janvier, il contracta une blennorrhagie dont l'acuité fut très grande au début. Il s'en étonna d'autant plus qu'il avait eu déjà, depuis son entrée au service, deux blennorrhagies rapidement disparues sans laisser aucune trace. Pendant une quinzaine de jours, il fit usage de faibles injections d'eau blanche, et l'écoulement diminua peu à peu. Bientôt tout se réduisit à une goutte de liquide qu'il faisait sortir le matin en pressant sur le canal de l'urèthre. Se regardant comme guéri, il abandonna tout traitement, reprit son service, et ne craignit pas de se livrer à des excès de tout genre. L'écoulement reparut plus abondant ; mais comme la miction se faisait sans douleur, X... négligea sa blennorrhagie et ne prit pas même la peine de porter un suspensoir. Quelques jours après, il reçut sur le côté du scrotum un coup de poing. La douleur immédiate fut très vive, mais non suffisante pour l'empêcher de faire son service dans les bureaux de l'intendance. Trois jours après, se sentant plus malade, il se présenta à la visite du major, qui reconnut l'existence d'une orchite et conseilla le repos complet. Pendant les deux jours passés au lit, la douleur et la tuméfaction allèrent toujours en augmentant ; aussi le 27 avril le mala le demanda-t-il à entrer à l'hôpital.

A la visite du matin, on reconnut l'existence d'une orchite du côté gauche. Le gonflement était très considérable et la tumeur avait au moins le volume des deux poings. Le scrotum du côté malade était rouge, tendu, luisant, très douloureux à la moindre pression. La tumeur était dure dans tous les points, formant une masse régulièrement ovoïde, à grand diamètre antéro-postérieur, dans laquelle il était impossible de distinguer nettement aucune des parties du testicule. En avant, on sentait une résistance particulière et presque de la fluctuation sous-cutanée. Le cordon spermatique était très douloureux ; toute la région inguinale gauche était le siège d'un empâtement très marqué. Les douleurs spontanées étaient excessivement vives, surtout en ce dernier point. Les lèvres du méat urinaire étaient collées l'une à l'autre, et, par la pression, on faisait suinter une sorte de liquide mucoso-purulent. La miction n'était pas douloureuse.

Le malade, très abattu, avait un peu de fièvre ; il disait ne pas avoir dormi de deux jours ; l'appétit était nul.

Prescriptions : Application immédiate de dix sangsues sur le trajet du cordon ; onction sur le scrotum avec la pommade mercurielle belladonnée ; tisane d'orge, potage et côtelette.

Le lendemain, les douleurs étaient moins vives et l'empâtement de la région inguinale avait presque disparu, mais le scrotum était toujours rouge et tendu, la tumeur était un peu volumineuse et la fluctuation devenait plus manifeste. Le malade se trouvait notablement mieux ; il avait un peu dormi et se sentait un peu plus disposé à prendre des aliments.

Les jours suivants, l'amélioration dans l'état général s'accroît de plus en plus, mais l'état local ne subit que très peu de modifications.

Le vendredi 6 mai, la fluctuation de toute la partie antérieure du scrotum n'était plus douteuse ; ce liquide était évidemment contenu dans l'intérieur de la tunique vaginale. Était-ce du pus ou de la sérosité ? C'est ce qu'il était impossible d'affirmer, bien que l'intensité de l'inflammation fit craindre l'existence d'une collection purulente. — Une ponction fut proposée ; mais devant les répugnances manifestées par le malade, on décida d'attendre encore, d'autant que les douleurs étaient en ce moment presque nulles.

7. Dans l'après-midi, les douleurs devinrent excessivement vives, presque intolérables, surtout à la partie antéro-supérieure du scrotum, et un peu à gauche il se forma une petite élevation rouge, acuminée, dans le point même où les picotements douloureux s'étaient fait sentir. Un cataplasme fut appliqué sur le furoncle, comme l'appelait le malade, et continué pendant toute la journée du dimanche. Enfin, le 8 mai au soir, l'abcès s'est ouvert lui-même et il s'est écoulé une grande quantité de pus, d'abord crémeux, puis sanguinolent. A partir de l'ouverture de l'abcès, les douleurs disparurent presque complètement et la nuit fut très bonne.

Le lundi 9 mai, à la visite du matin, on constata que la tumeur avait très notablement diminué de volume ; il y avait encore un peu de fluctuation à la partie antéro-inférieure du scrotum, au-dessous du point où s'était faite l'ouverture de l'abcès. Il sortait à peine quelques gouttes de pus.

Dans la crainte de provoquer ou de faciliter la sortie des canalicules

séminifères, on s'abstint d'agrandir l'ouverture spontanée ou d'exercer des pressions sur la tumeur. On se contenta de faire continuer l'application des cataplasmes.

La quantité de pus diminua peu à peu, mais la résistance inférieure se prononça davantage.

Le 15 mai, le malade éprouva, à la partie moyenne du scrotum, des douleurs analogues à celles qu'il avait ressenties un peu plus haut la semaine précédente ; l'interne de service fit une petite ponction avec l'extrémité d'une lancette sur le point culminant, siège d'une fluctuation évidente ; il s'écoula ainsi du pus de bonne nature en quantité assez considérable, et à partir de ce moment le soulagement fut complet et définitif.

Le lendemain, on s'aperçut qu'il y avait à l'ouverture récemment pratiquée des filaments très ténus, qu'il fut facile de reconnaître pour des canalicules séminifères. Le malade dit qu'il en avait déjà constaté pendant la nuit et qu'il avait pu même en tirer d'assez longs. Il lui fut recommandé de s'abstenir de toute tentative de ce genre, sans attirer pourtant son attention sur la fonte déjà commencée de son testicule.

Depuis cette époque, l'état général est excellent ; le malade ne souffre plus ; il s'écoule à peine quelques gouttes de pus par l'ouverture inférieure, la supérieure est complètement fermée ; la tumeur n'est plus constituée que par un noyau du volume d'un petit œuf adhérent à la partie antérieure du scrotum. Ce noyau est formé par le testicule atrophié et réduit à la moitié de son volume. L'écoulement urétral étant complètement tari, le malade a reçu son exeat le 25 mai.

M. Gayraud n'hésite pas à attribuer la gravité de ce cas dans lequel se trouvent réunis l'épididymite, l'orchite, la funiculite et la vaginalite, le tout compliqué de suppuration et de fonte du testicule, à l'état général du sujet, qui a déjà eu une bronchite chronique assez grave pour nécessiter un congé et dont il reste encore des traces dans les régions sous-claviculaires. La contusion n'a été qu'une cause déterminante et n'aurait pas suffi, seule, à produire ces accidents, car on n'a pas trouvé trace d'ecchymose, et les symptômes ne se sont manifestés que quelques jours après.

De même que l'épididymite, l'orchite et la vaginalite peuvent se compliquer de suppuration ; de même, la funiculite peut aussi donner lieu à la formation du pus. Il ne faut pas oublier en effet que tous les éléments du cordon sont reliés entre eux par un tissu cellulaire lâche, qui peut subir le phénomène de prolifération et de désorganisation moléculaire aussi facilement que dans les autres points de l'organisme.

Lorsque le pus se produit dans cette région, on constate sur tout le trajet du cordon un gonflement énorme, avec empâtement marqué, qui ne tarde généralement pas à se traduire en une fluctuation franche. Alors le pus peut se conduire de deux façons différentes : ou bien il se réunit et s'enkyste dans l'intérieur même du cordon, ou bien il fuse à travers les éléments jusque dans le scrotum.

Dans le premier cas, on constate une tumeur plus ou moins volumineuse et fluctuante à la partie supérieure des bourses, quelquefois suffisamment rapprochée du pli de l'aine pour laisser croire à l'existence d'un bubon suppuré. Dans l'autre cas, au contraire, c'est à la partie déclive des bourses que le pus vient se faire jour.

Ces abcès suivent la même marche que les précédents, et ont pour conséquence la formation de travées fibreuses dans le cordon, enveloppant ses éléments, les comprimant et les oblitérant parfois, d'où résultera un obstacle permanent au cours du sperme dans le canal déférent, au retour du sang dans les veines, qui se dilateront et deviendront flexueuses, constituant ainsi le varicocèle.

Phlébites. — On conçoit facilement que les éléments du cordon spermatique participent, chacun dans une certaine mesure, à la phlegmasie développée dans le tissu cellulaire qui les environne. Les phlébites ne doivent donc pas être rares dans la funiculite ; mais il n'est guère possible de les considérer isolément. — Elles peuvent également se développer dans les veines avoisinantes. Ainsi, M. Gabriel Meinadier (Thèse de Montpellier, 1881, n° 33) signale dans une de ses observations « une phlébite très manifeste de la veine sous-tégumentaire abdominale et de la partie supérieure de la saphène droite, accompagnée de très vives douleurs,

traitée par les applications d'onguent napolitain belladonné et la compression au moyen du spica, et guérie au bout de quinze jours.

M. Gayraud, dans sa clinique, nous a rapporté un cas d'infection purulente.

« J'ai entendu, dit-il, tout récemment encore, un ancien interne des hôpitaux, aujourd'hui mon collègue d'agrégation, raconter l'histoire d'un sujet atteint d'orchite blennorrhagique aiguë chez lequel se manifestèrent à diverses reprises des frissons suivis de chaleur et de sueur. On crut à l'existence d'accès paludéens, et on fit passer le malade dans le service de la clinique médicale, afin qu'il pût y être l'objet d'une surveillance plus active. Malgré tous les moyens mis en usage, la mort survint rapidement, et on fut tout étonné de trouver à l'autopsie une orchite suppurée et les lésions caractéristiques de l'infection purulente. »

Péritonite. — On a signalé la péritonite parmi les complications de l'orchite blennorrhagique, surtout chez les cryptorchides, et on l'a attribuée simplement à la propagation de l'inflammation vers la grande séreuse abdominale.

Elle se produit aussi quelquefois lorsque le testicule frappé d'inflammation est parfaitement descendu à sa position normale. — Peter (*Union médicale*, 1856) a publié un cas d'orchite blennorrhagique accompagnée de péritonite aiguë suppurée et suivie de mort.

Godard (*Gazette médicale*, 1856) a publié un cas analogue et un autre qui fut suivi de guérison.

Gosselin, dans ses Cliniques, relate l'observation d'un malade qui présentait les symptômes d'une péritonite légère se traduisant par des douleurs abdominales, coliques sans diarrhée, dans la région hypogastrique et le flanc droit, accompagnées de vomissements verdâtres. Pouls 95, peau chaude. Inappétence. Ventre douloureux à la pression. Le clinicien rapporte que, n'ayant pu découvrir dans l'abdomen lui-même la cause de cette inflammation, il interrogea le malade sur ses antécédents, et apprit qu'il souffrait depuis trois semaines d'une blennorrhagie aiguë qui déterminait des douleurs vives au moment de la miction. Il explora alors les organes

du petit bassin au moyen du toucher rectal, et fit naître, par la pression au niveau du col des vésicules séminales, une souffrance très prononcée. Il constata également que l'épididyme droit, « sans être notablement gonflé, était douloureux à la pression. Il n'y avait aucun gonflement sur le trajet du cordon ; mais le malade indiqua la portion sous-inguinale et inguinale de ce dernier comme étant le foyer des douleurs qu'il ressentait dans toute la région hypogastrique et qui paraissaient s'irradier, en s'affaiblissant, de la région inguinale vers les parties circonvoisines. »

Un traitement énergique fut appliqué (12 sangsues sur le flanc droit, 0^{gr},50 de calomel, tisane de gomme, cataplasmes sur le ventre), et le lendemain tous les symptômes du côté de l'abdomen avaient presque totalement disparu ; mais, d'un autre côté, il s'était fait un gonflement énorme du côté de l'épididyme qui alla en augmentant les jours suivants.

Dans ce cas, la phlegmasie s'était propagée des vésicules séminales et de la portion intra-abdominale du canal déférent vers le péritoine, au lieu de continuer à cheminer directement vers les bourses. Mais dans tous les cas les choses ne se passent pas de la même manière, et la péritonite survient pendant l'établissement de l'épidymite et sans en entraver la marche ordinaire. C'est ce qui a eu lieu dans le cas que j'ai eu l'occasion d'observer dernièrement.

OBSERVATION V.

B..., étudiant en pharmacie, 24 ans, constitution moyenne, tempérament nerveux, est profondément anémique. Il a eu, il y a un an, une *violente attaque de rhumatisme articulaire aigu*, dont il a souffert pendant près de six mois.

L'année précédente, dans le cours d'une blennorrhagie, il avait vu survenir une épididymite du côté gauche où l'on constata nettement l'existence d'un varicocèle, et aussi une légère induration au niveau de la queue de l'épididyme. L'épididyme droit avait été aussi le siège d'une légère douleur et d'un gonflement médiocre. Cette première atteinte a été traitée seulement par le repos au lit pendant une quinzaine de jours, et ensuite par

l'application de bandelettes de Vigo *cum mercurio*. Il n'y eut pas de récédive.

Il y a environ un mois, B... contracte une nouvelle blennorrhagie qu'il traite d'abord par les émollients, puis par l'essence de santal.

Tout commençait à rentrer dans l'ordre, l'écoulement reprenait sa marche chronique d'autrefois, lorsque, le 6 mai au soir, une douleur légère, en même temps qu'une sensation de pesanteur, se produisirent dans la partie droite du scrotum.

Je conseillai l'application immédiate du bandage ouato-caoutchouté de Langlebert et Horand, modifié par M. le professeur agrégé Tédénat, et je constatai au moment de l'application un gonflement notable de l'épididyme.

Le lendemain 7 mai, le malade se leva, et, sauf un peu de gêne, il put reprendre ses occupations.

8. L'écoulement, qui avait déjà notablement diminué, disparut complètement.

10. B... se fatigue plus que d'habitude et éprouve vers les 8 h du soir des douleurs dans les bourses, au périnée et surtout dans le ventre. Il me fait alors prier de passer chez lui, et, en attendant, il enlève son suspensoir, lui attribuant une grande partie de sa souffrance.

Lorsque j'arrivai auprès de lui, je le trouvai en proie à une agitation extrême. Il souffrait horriblement de son testicule, qu'il me fut impossible de palper. Les douleurs s'irradiaient vers le périnée et vers l'hypogastre. Le ventre était tendu, douloureux à la pression sur tous les points, mais surtout du côté droit; la face était grippée, le pouls petit et très fréquent, la peau chaude et sèche. Il avait déjà eu un vomissement légèrement coloré en vert; il en eut un autre peu d'instant après mon arrivée. — Épididymite intense sans funiculite.

Je lui fis immédiatement sur le ventre des onctions avec la pommade mercurielle belladonnée, recouverte d'un large cataplasme, et je réappliquai le suspensoir ouaté.

Au bout d'une heure environ, le calme commença à se rétablir, et je quittai mon malade, me promettant bien, si les symptômes ne s'amen-

daient pas, d'aller implorer dès le lendemain matin les secours d'un de nos Maîtres.

Quel ne fut pas mon étonnement, lorsque je le revis, de le trouver dans un état relativement excellent. L'agitation avait fait place à un calme plat. La fièvre avait beaucoup diminué ; il n'y avait plus de douleur spontanée ; cependant la pression la réveillait encore au niveau de l'hypogastre et du flanc droit. B... me raconta alors qu'après mon départ il avait eu de violentes coliques suivies d'un diarrhée abondante, représentée par six selles semi-liquides en moins de deux heures ; après quoi le calme était revenu, et il avait reposé un peu.

Je lui conseillai de continuer encore pendant toute la journée les onctions mercurielles et le cataplasme.

12 mai. Plus de douleurs. Il ne reste de tout l'appareil effrayant de l'avant-veille qu'un peu de fatigue. Le malade se lève dans sa chambre et reste debout plusieurs heures sans aucun inconvénient.

13. Promenade d'une heure, également inoffensive.

14. Nous renouvelons le coton du suspensoir ; l'épididyme est toujours tuméfié, mais peu douloureux.

Les jours suivants, B... reprend ses occupations.

20. Récidive. Fièvre, peau chaude. Tension abdominale, douleurs à l'hypogastre, dans le scrotum et le périnée ; très mauvaise agitation.

Instruit par la première attaque, j'applique de nouveau les onctions mercurielles et le cataplasme, et je donne un lavement huileux qui détermine une évacuation assez abondante de matière ; le soulagement est immédiat ; et une potion avec 2 gram. de chloral ramène le calme et le sommeil.

Cependant, cette fois, la phlegmasie avait fait des progrès dans le scrotum. Outre l'épididyme qui avait repris son intensité première, il y avait de la funiculite et un léger épanchement dans la tunique vaginale.

Le bandage fut maintenu pendant plusieurs jours, le repos observé plus longtemps, et aujourd'hui il ne reste qu'une légère induration sur l'épididyme.

Dans cette observation, nous voyons les symptômes de péritonite se ma-

nifester après l'apparition de la phlegmasie scrotale et n'entraver en rien la marche de cette dernière. Mais un autre fait qui me paraît mériter qu'on le fasse ressortir, c'est la cessation brusque des accidents à la suite d'une diarrhée abondante qui a joué dans ce cas le rôle de crise favorable.

La complication péritonéale de la blennorrhagie sera nécessairement d'autant plus fréquente que le point de départ de l'inflammation sera plus rapproché de la séreuse. C'est, en effet, ce qui survient chez les cryptorchides, qui sont beaucoup plus exposés que les autres à voir survenir la péritonite dans le cours de leur blennorrhagie si celle-ci se propage vers le testicule.

Chaque fois que l'on se trouvera en présence d'un blennorrhagien atteint d'une anomalie de ce genre, il faudra toujours s'attendre à l'apparition des symptômes péritonéaux, car, si l'orchite se produit, ils ne tarderont pas à se manifester dans la majorité des cas. Chez ceux dont le testicule est logé dans le canal inguinal, on pourra surveiller directement cette région et agir énergiquement dès que les phénomènes inflammatoires se produiront de ce côté. Lorsque l'organe séminal sera contenu dans la cavité abdominale, les premiers symptômes se produiront d'abord dans le flanc ou la fosse iliaque du même côté, et c'est là que devra se porter l'attention pour tâcher de prévenir la généralisation du mal.

En terminant cet article, il me paraît bon de faire entrer ici une nouvelle considération. Ce que j'ai déjà dit de la péritonite blennorrhagique semble attribuer cette complication à la simple propagation inflammatoire. Cependant il est des cas où cela se produit sans qu'on puisse suivre la marche de cette propagation. Ainsi Curling rapporte le cas d'une orchite aiguë chez un vieux blennorrhagien, terminée par gangrène du testicule et suivie de mort par péritonite : « *l'épididyme était intact et l'inflammation gangréneuse limitée au corps de l'organe* ». De même, dans l'observation ci-dessus, nous voyons mon malade présenter les symptômes évidents d'un commencement de péritonite, alors qu'il n'y avait qu'une *épididymite sans funiculite*, celle-ci ne s'étant montrée qu'au moment de la récurrence. De plus, il ne faut pas oublier que mon malade était héréditairement rhumatisant et qu'il avait déjà vivement souffert des manifestations de sa dia-

thèse. Yavait-il là une simple propagation, ou la péritonite comme l'orchite n'étaient-elles pas plutôt de nouvelles manifestations du rhumatisme, constituant ainsi le type de la « *blennorrhagie à grand orchestre* » de Diday « à décharges multiples, mobiles, alternant ou coïncidant entre elles ? »

Névralgies réflexes. — Dues à la compression et à l'irritation par l'inflammation des terminaisons nerveuses, elles sont multiples. La plus commune est celle du nerf grand abdomino-génital. La douleur spontanée est très vive, ne se calme pas par le repos ; elle présente des intermittences et des exacerbations qu'on ne peut rattacher à aucune cause appréciable. Elle se produit sur le trajet du nerf, remontant sur la paroi abdominale jusque vers les lombes, du côté correspondant à l'orchite. Elle se distingue de la péritonite en ce que le ventre n'est pas tendu, que la pression n'exagère pas la douleur, que les symptômes généraux ne sont pas aggravés. Le nerf crural et le sciatique réagissent aussi quelquefois. La rachialgie n'est pas rare. Enfin on a signalé dans quelques cas des névralgies des intercostaux et aussi des plexus sympathiques¹ aboutissant à la région malade et donnant lieu à des douleurs viscérales. Les unes et les autres se produisent surtout dans les cas d'orchite-épididymite. Elles ont une durée variable, peuvent cesser en quelques jours ou persister pendant tout le temps que dure l'inflammation.

« Sourdes ou lancinantes, continues ou paroxystiques, ces douleurs sont très mobiles et surviennent par attaques fort irrégulières, paraissant, quant à leur marche, leurs variations, leur intensité, presque indépendantes de la maladie qui leur a donné naissance. La pression les apaise, la contraction musculaire les rend plus vives. Or, comme la souffrance peut donner lieu à certains mouvements spontanés d'origine réflexe, ceux-ci réagissent à leur tour sur les sensations douloureuses, qu'ils exagèrent, et, tourmenté doublement par cette coalition de l'élément moteur et de l'élément sensitif, le malade peut être en proie à des accidents fort pénibles : secousses convulsives, crampes, contractures, asthénies musculaires, etc » (Jullien.)

¹ Mauriac; Étude sur les névralgies réflexes symptomatiques de l'orchite-épididymite blennorrhagique. Paris, 1880.

CHAPITRE IV.

TRAITEMENT.

On peut diviser les divers modes de traitement employés en trois catégories principales, savoir : émollients, antiphlogistiques et résolutifs.

A côté de ces trois groupes principaux, se range celui du traitement chirurgical proprement dit, auquel se rapportent deux procédés : les mouchetures du scrotum et le débridement de l'albuginée. Viennent enfin les traitements accessoires des complications.

Voyons d'abord le TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE. — La Palisse aurait dit que, pour éviter la suite de la blennorrhagie, il faut d'abord éviter la blennorrhagie elle-même. Mais une fois qu'elle est arrivée, il faut la combattre et la faire disparaître le plus rapidement possible, avant qu'elle soit parvenue à cette période, où elle se propage le plus souvent vers le canal déférent et les organes de la génération.

Cette raison a été invoquée par Jullien comme argument en faveur du traitement abortif. — De plus, on doit recommander au blennorrhagien le repos, sinon absolu, du moins relatif, l'usage d'un bon suspensoir, qui soutienne les bourses légèrement relevées sans étreindre le cordon. Les longues marches, l'équitation, les efforts, la station debout longtemps prolongée, devront être proscrites, en même temps que les excès alcooliques et vénériens, la masturbation, etc.

TRAITEMENT CURATIF. — Chaque auteur a préconisé, de préférence à tous les autres, tel ou tel mode de traitement contre l'orchite blennorrhagique (les émollients, les antiphlogistiques saignée générale, phlébotomie locale, application de sangsues, glace), la *compression* sous toutes ses formes (bandelettes adhésives imprégnées de collodion, bande élastique, suspensoir

ouato-caoutchouté), les topiques calmants ou résolutifs (onguent mercuriel, pommade belladonnée, iodure de plomb, vésicatoires, nitrate d'argent). Tous ces moyens, et bien d'autres encore, tels que les mouchetures du scrotum, le débridement de l'albuginée, l'émétique même, ont été employés avec succès par les uns, sans résultats par les autres. Chaque méthode a ses bons et ses mauvais effets. Chacune réussira dans tel cas, échouera dans tel autre. Il faut ici, comme partout, tenir compte des indications et des contre-indications. Quant aux différents moyens qui peuvent servir à remplir les mêmes indications, il en est de préférables à leurs voisins, soit par la facilité de leur application, soit par leur rapidité d'action, soit aussi par l'absence d'inconvénients ou de dangers auxquels certains autres peuvent exposer.

C'est en me basant sur ces considérations générales que je vais essayer de retracer ici brièvement les indications et les contre-indications, avec les dangers de chaque méthode, et de faire dans chacune d'elles le choix des agents qui me paraissent les meilleurs.

Chacune des variétés de forme n'a pas son traitement spécial, et elles sont dans la plupart des cas justiciables du même. Les indications particulières ressortant des complications seront examinées, soit dans le cours du chapitre, soit à la fin.

Émollients et sédatifs.— Lorsque la phlegmasie a une intensité moyenne, sans réaction trop marquée sur l'état général ; que d'autre part le malade pourra facilement se soumettre au repos horizontal, les émollients auront une action suffisante pendant la période d'état. Et parmi eux le meilleur sera le plus simple, c'est-à-dire le vulgaire cataplasme de farine de lin appliqué de façon à envelopper complètement les bourses. Celles-ci étant relevées sur l'hypogastre, on maintiendra facilement le topique au moyen du mouchoir de Curling (mouchoir de soie ou mieux encore de batiste, plié en triangle, à la partie moyenne de la base duquel on a cousu un morceau de double ruban ; on applique cette partie moyenne sur la première ; les trois angles, ramenés en avant, sont attachés à une bande préalablement roulée autour de la taille, et les deux bouts du ruban sont fixés en arrière

à cette même bande, afin d'empêcher tout l'appareil d'être attiré en avant).

Les sédatifs ordinaires seront en même temps employés avec fruit contre la douleur : ainsi, on arrosera le cataplasme avec quelques gouttes de laudanum, on appliquera la pommade belladonnée. Les lavements laudanisés, que l'on administre quelquefois dans le même but, me paraissent devoir être laissés de côté dans la majorité des cas, parce qu'ils tendent à augmenter la constipation, déjà assez forte. Des lavements belladonnés me semblent ici devoir être de beaucoup préférables.

Antiphlogistiques. — Parmi eux comptent : la saignée générale, la phlébotomie des veines du cordon, à laquelle certains médecins ont eu recours, mais qui est aujourd'hui tombée dans l'oubli ; l'application de sangsues, la glace, le tartre stibié à l'intérieur d'après la méthode de Curling.

La saignée générale, très en honneur autrefois, a beaucoup perdu de son prestige de nos jours. Il ne faut pas oublier en effet que l'orchite est une maladie profondément débilitante par elle-même, et qu'elle se développe le plus souvent chez des sujets débilités, rhumatisants ou scrofuleux. Elle sera réservée pour les cas exceptionnels où la maladie, franchement et fortement inflammatoire, se produira chez un individu franchement pléthorique.

L'application des sangsues sur le trajet du cordon trouvera un peu plus souvent son indication au début de la maladie, lorsque les phénomènes se seront produits rapidement et avec une grande acuité. On applique alors de six à douze sangsues, suivant l'intensité des symptômes. J'ai vu dans le cas suivant un succès vraiment étonnant, dû à une application de ce genre, mais suivant un procédé que je n'ai pas retrouvé signalé par les auteurs.

OBSERVATION VI (personnelle).

M. C., clerc de notaire, 25 ans, constitution forte, tempérament sanguin ; habitait une chambre voisine de la mienne, alors que j'étais au début de ma troisième année d'études.

Il avait depuis une quinzaine de jours environ une blennorrhagie peu intense qu'il traitait par le mépris le plus profond, lorsqu'il fut pris brusquement, une heure après son lever, d'une douleur très vive dans la partie droite du scrotum. Il fut obligé de quitter l'étude dans laquelle il travaillait et eut beaucoup de peine à rentrer chez lui. J'appliquai un cataplasme dont il ne put supporter le poids, et, déclinant une compétence suffisante, je lui conseillai de faire appeler un médecin. Celui-ci (dont le malade ne sut pas me redire le nom) prescrivit en mon absence douze sangsues à appliquer *une après l'autre* sur le trajet du cordon.

La prescription fut exécutée en toute conscience et le soulagement ne tarda pas à se faire attendre. La nuit fut relativement bonne, et le lendemain le malade était calme, souffrait peu et laissait même palper ses organes, ce qui avait été absolument impossible la veille. — Pommade mercurielle belladonnée. Deux jours après, C... commença à se lever avec un suspensoir ordinaire et n'éprouva pas de souffrance.

Le huitième jour, sa famille, qui habitait un village voisin, vint le voir et, sans connaître l'origine réelle de son mal, l'emmena avec elle.

Je revis le malade quinze jours plus tard. Il me dit n'avoir nullement souffert pendant son séjour à la campagne ; il avait encore pris une part active à un bal champêtre quatre jours avant son retour, c'est-à-dire vingt jours environ après le début de la maladie.

Ce fait m'avait vivement frappé et je pris note des principaux faits, bien que je ne fusse pas alors à même d'apprécier les symptômes, et certes sans songer non plus au sujet de ma Thèse.

Il est probable qu'ainsi appliquées, les sangsues opèrent un dégorge-ment lent et progressif, en évitant, par le fait, une fluxion trop rapide et trop intense vers le point piqué, c'est-à-dire vers le cordon, qui est souvent déjà enflammé ou bien disposé à l'être.

On a reproché aux sangsues la difficulté qu'éprouvent certaines personnes à les appliquer, l'action irritante de leurs piqûres, les hémorrhagies abondantes qu'elles peuvent produire, l'anémie consécutive, etc. Comme toutes les émissions sanguines, elles ont leurs inconvénients et leurs dangers, mais elles ont aussi leurs indications formelles dans certains cas, et

qu'elles remplissent très bien. Quant aux accidents, il est généralement facile d'y parer. Elles seront évidemment contre-indiquées chez les anémiques et chez les personnes à peau fine et délicate, disposées aux hémorrhagies. Je ne dirai rien de la saignée des veines du cordon, qui n'est pas plus efficace que l'application des sangsues, qui est plus dangereuse et qui du reste n'est plus usitée.

La *glace*, préconisée par Jullien, Diday et autres, est un excellent antiphlogistique. Elle doit être mise dans une vessie suffisamment grande pour envelopper, « à l'instar d'une sérense », la totalité des bourses, et renouvelée dès qu'elle est fondue. Elle répondra aux mêmes indications que les émissions sanguines, et pourra même les remplacer dans les cas où l'état du sujet contre-indiquerait ces dernières. Mais elle a aussi ses inconvénients : d'abord il n'est pas toujours facile de s'en procurer ; elle est peu pratique en hiver à cause des refroidissements auxquels elle expose ; on l'a de plus accusée d'avoir déterminé dans certains cas la gangrène des bourses.

Curling dit avoir jugulé une orchite dans l'espace de trente heures en entretenant des nausées continues avec l'émétique. Je ne voudrais certes pas discuter l'opinion d'un tel Maître ; mais j'avoue que, quelle que soit l'efficacité du tartre stibié, je consentirais avec peine à me soumettre à pareille torture. Les autres antiphlogistiques sont d'un usage plus pratique, beaucoup moins désagréables et d'un effet au moins aussi puissant.

Les *bains généraux* tièdes, fréquemment répétés et longtemps prolongés, ont une efficacité incontestable. Ils sont indiqués, pendant la période inflammatoire, surtout par les réactions générales, par l'agitation et la surexcitabilité nerveuse. Donnés au pied du lit du malade, ils exposent peu aux refroidissements, et l'affaiblissement qu'ils produisent est passager. Ils sont insuffisants si on les emploie seuls, mais ils constituent un adjuvant des plus efficaces aux autres modes de traitement déjà énoncés.

A côté des antiphlogistiques doivent se ranger les mouchetures du scrotum, proposées par Velpeau, ainsi que le débridement de la tunique albuginée de Vidal (de Cassis). Les mouchetures du scrotum trouvent leur utilité lorsqu'un épanchement considérable distend la séreuse vaginale ;

mais il ne faut pas oublier que dans la plupart des cas l'épanchement se résorbe seul avec facilité. — Quant au débridement de la tunique albuginée, Vidal (de Cassis) le destinait à remédier à la compression produite dans l'orchite parenchymateuse. Le soulagement était immédiat ; mais l'auteur a abusé de ce moyen, et, de plus, on a publié un certain nombre de cas dans lesquels la ponction de l'albuginée aurait favorisé la purulence profonde et la fonte du testicule.

« Dans les cas où la suppuration n'a pu être évitée, la plupart des praticiens se bornent (et c'est aussi la pratique de Gosselin) à donner issue au pus par une incision aussi superficielle que possible. On se garde avec soin d'exercer des pressions trop fortes sur le testicule, de peur de provoquer son effilement. Si le pus est contenu seulement dans la vaginale, la tunique albuginée restant indemne de toute solution de continuité, on peut espérer la conservation de la glande séminale. » (Gayraud.)

Après l'évolution de la période aiguë, le rôle des antiphlogistiques est fini, celui des *résolutifs* commence.

Parmi ces derniers, il en est de deux ordres : les résolutifs médicamenteux et la compression, qui dans certains cas peuvent être utilement associés l'un à l'autre. Dans les résolutifs médicamenteux rentrent les diverses pommades dites fondantes, telles que l'onguent mercuriel, la pommade à l'iodure de plomb, etc., etc.

La compression a été successivement faite de diverses manières. Les bandelettes imbriquées de Vigo ou de diachylon, proposées pour la première fois par Fricke (de Hambourg), ont été remplacées par le collodion (Bonnafond), qui a trouvé aussi de nombreux détracteurs. La bande sèche employée par Seutin, puis la bande amidonnée préconisée par Kavalerski (Thèse de Montpellier, 1863), puis le suspensoir imbibé de colle-forte (de Bonnierf), le sac en caoutchouc de Hutchinson, ont eu successivement leurs admirateurs.

Enfin paraît à Lyon, vers 1876, un nouveau mode de compression qui s'étend rapidement et qui étonne par ses avantages et par sa simplicité : je veux parler du suspensoir ouato-caoutchouté, mentionné d'abord dans

les Aphorismes du D^r Langlebert, expérimenté ensuite et modifié par le D^r Horand à l'Antiquaille. Ce dernier le signala une première fois, à la Société des Sciences médicales de Lyon (avril 1877), puis dans un Mémoire qui suivit de près sa communication. Il a été importé à Montpellier par M. le professeur agrégé Tédénat, qui l'a à son tour modifié d'une façon très heureuse.

En juillet 1881, M. le D^r G. Meinadier, dans sa Thèse inaugurale (Montpellier), en faisait un nouvel éloge et publiait dix-huit nouvelles observations. Aujourd'hui, les cas ne se comptent plus. Le suspensor ouato-caoutchouté est entré dans la pratique usuelle ; nous le voyons appliquer tous les jours dans le service des maladies vénériennes, et je pourrais moi aussi citer bon nombre d'observations en sa faveur ; je n'en produirai qu'une seule, pour montrer son utilité, et en même temps la nécessité qu'il y a de le bien appliquer.

OBSERVATION VII (personnelle).

P..., âgé de 22 ans, garçon de café, lymphatique, entre à l'hôpital Saint-Éloi le 15 janvier, salle Saint-Victor n° 17, service de M. le professeur agrégé Gayraud.

Accidents scrofuleux dans sa jeunesse ; hérédité mal établie. Blennorrhagie depuis dix-huit jours, mal soignée. Aucune précaution n'a été prise.

Le 12 janvier au soir, il a été pris d'une douleur d'abord légère, avec sensation de poids dans le testicule gauche. Il s'est alors muni d'un suspensor et a continué son service ; mais peu à peu les douleurs ont augmenté et ont déterminé l'entrée à l'hôpital.

15. Douleur vive dans le scrotum. Épididyme volumineux, testicule intact ; pas de vaginalite. Douleur à la pression du canal déférent induré, sans funiculite.

Application de pommade belladonnée et du suspensor ouaté ; soulagement immédiat.

18. A la visite du matin, on constate une rémission notable de tous les symptômes. Le malade se lève et se promène sans inconvénient dans les

cours. Dans la soirée, ayant relâché son suspensoir qui le gênait et dont les sous-cuisses l'avaient légèrement excorié, il est pris de nouvelles douleurs ; il essaye de réappliquer son suspensoir, mais n'aboutit à aucun résultat. — L'interne du service, appelé, constate d'abord que l'appareil est mal appliqué. L'organe malade, mal enveloppé par le coton, apparaît presque au dehors du suspensoir à la partie supérieure. Ne trouvant pas de nouvelle complication dans la maladie elle-même, il n'hésite pas à attribuer le retour de la douleur au dérangement du pansement, et se contente de le réappliquer lui-même. L'effet ne se fit pas longtemps attendre : les douleurs diminuèrent rapidement, la nuit fut bonne, et le lendemain tout symptôme pénible avait disparu.

P... quitta l'hôpital quelques jours après.

Je tiens de M. Bonnafous, alors interne au service des vénériens, que plusieurs cas analogues se sont présentés à lui, et que dans tous il lui a suffi de rétablir le bon état de suspension pour apporter à ses malades le soulagement désiré.

Presque toujours les douleurs, si vives qu'elles soient, disparaissent dès que le suspensoir est mis. Nous nous rappelons un cas remarquable soigné par M. Tédénat à l'hôpital Saint-Éloi pendant le mois de septembre 1881. Le malade avait une épididymite gauche interne avec douleurs névralgiques lombo-abdominales. Il était plié en deux dans son lit, et le moindre mouvement provoquait de violentes douleurs. Le suspensoir mis, M. Tédénat prie le malade de se lever. Il saute à bas de son lit, marche d'un pas assuré jusqu'au fond de la salle ; sur l'invitation du professeur, il en revient en ramenant à chaque pas le genou à la hauteur du menton ; puis, sans aucune souffrance, fait un grand bond vers son lit : tous les élèves présents étaient émerveillés. M. Tédénat nous assura que les choses se passaient ordinairement ainsi.

Ce mode de traitement ne répond pas seulement au but recherché par la compression simple. Son action est complexe, et je me contenterai de la résumer brièvement ici : 1° La *compression est méthodique et uniforme*, réglementée par l'épaisse couche d'ouate employée ; 2° les organes sont

relevés et immobilisés, 3^o il se produit une *sudation abondante*, que Horand a cherché à exagérer en saupoudrant le coton avec de la chaux éteinte, pratique que je considérerai comme inutile, car, même sans elle, le coton est totalement imbibé de sueur au bout de deux jours. L'évaporation, retenue par la toile caoutchoutée, maintient un *bain de vapeur* continu autour des organes. Le malade *peut se lever et marcher de bonne heure*.

Les indications seront donc plus nombreuses que pour les autres modes de compression d'application douloureuse, quelquefois irritante, et ne pouvant servir qu'à la période chronique. M. le professeur agrégé Gayraud, qui attribue une grande puissance à la pommade belladonnée, associe très heureusement dans son service l'un et l'autre moyen dès le début de toute épididymite franche.

Dans les cas complexes à inflammation très vive, l'application des sangsues devra précéder celle du suspensoir ouaté.

Dans la période de résolution, on pourra remplacer l'extrait de belladone par l'iodure de plomb.

Je n'insisterai pas sur les autres modes de compression, tombés aujourd'hui dans l'oubli. Cependant je crois bon de ne pas abandonner complètement l'emplâtre de Vigo *cum mercurio* disposé en bandelettes imbriquées et entrecroisées, qui joint à la compression l'action vraiment efficace du médicament qu'il apporte avec lui; mais on ne l'emploiera utilement qu'à la dernière période.

Le docteur Paquelin (Thèse de Paris, 1870) a attribué aux courants continus une action puissante contre l'orchite blennorrhagique. Ils seraient utiles pendant la période inflammatoire, en activant les circulations collatérales. Je ne les ai jamais vu employer en pareil cas.

Restent encore les dérivatifs et les révulsifs.

La constipation, très fréquente et souvent opiniâtre pendant le cours de l'épididymite blennorrhagique, est une cause de plus de gêne à la circulation dans les organes enflammés; il sera donc utile de la combattre dès le début. De plus, j'ai signalé dans une de mes observations (Obs. 1) une diarrhée fortuite qui a été éminemment favorable. Une dérivation sur

l'intestin sera donc indiquée dès le début de la maladie ou pendant le cours de la période aiguë.

Pour combattre la constipation du début, les lavements huileux suffisent dans certains cas, et, pour calmer en même temps la douleur, je donnerai la préférence aux lavements belladonnés sur les lavements laudanisés. Calmants l'un et l'autre, le premier relâche les tissus et ne s'oppose pas aux évacuations ; le second a une action contraire.

L'action dérivative s'obtiendra au moyen d'un purgatif salin ou du calomel. Curling attribue de bons effets aux préparations mercurielles à l'intérieur.

La révulsion a été faite quelquefois au moyen d'un vésicatoire appliqué sur les bourses. On sait combien son application est dangeureuse à cause de la laxité des tissus, et je préférerai de beaucoup les applications de nitrate d'argent, préconisées par quelques auteurs (Noble, Smith, Girard, Bizzari). Elles pourraient être utiles dans les cas d'induration ancienne.

Je n'ai pas à insister ici sur le traitement de la péritonite compliquant l'orchite : il est le même que dans la péritonite commune. Quant aux névralgies réflexes, si rebelles dans certains cas, c'est par les injections de morphine qu'on devra les combattre, ou par le chloroforme suivant la méthode de M. le professeur Bouisson, qui l'a vu réussir dans des cas où la douleur avait résisté à tous les autres moyens. Gosselin (Cliniques) considère cette complication comme contre-indiquant les antiphlogistiques. Ce sont les narcotiques qui doivent être employés ; il a aussi recours aux applications sur le cordon de rondelles d'amadou imbibées de chloroforme.

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS.

Parmi les diverses déviations de la blennorrhagie, les plus fréquentes sont celles qui se produisent vers les organes de la génération, et la principale frappe l'épididyme.

Les diathèses ont sur ces manifestations une influence incontestable, et parmi elles il faut citer le *rhumatisme*, l'*herpétisme* et la *scrofule*.

La théorie de la *propagation inflammatoire* est généralement admise aujourd'hui au point de vue pathogénique ; mais il y a lieu de se demander, avec Fournier et Diday, si le processus morbide n'est pas comparable à celui qui a lieu pour les autres complications de la blennorrhagie (arthrite, ténosite, iritis) ou à celui du rhumatisme articulaire aigu.

L'épididymite est généralement unilatérale, elle se produit quelquefois d'abord sur un organe, puis sur l'autre ; elle est parfois double d'emblée. Il est probable qu'elle est plus fréquente à gauche qu'à droite lorsqu'elle se développe sans cause occasionnelle (contusion, froissement), à cause de la déclivité du testicule de ce côté et de l'influence du varicocèle.

Les symptômes principaux sont la douleur et le gonflement de l'épididyme, variables d'intensité, variables aussi au point de vue de la réaction générale.

La terminaison habituelle est la résolution, souvent lente à se produire, et laissant quelquefois des indurations persistantes qui s'opposent au passage des spermatozoïdes et entraînent la stérilité si elles siègent sur les deux organes.

Les formes accessoires sont : la déférentite, la funiculite, l'aberrantite, qui peuvent exister quelquefois seules, mais rarement ; la vaginalite, et l'orchite parenchymateuse, toujours consécutive à l'épididymite.

Parmi les complications, se trouve la *suppuration*, qui a pour point de départ, soit le tissu cellulaire du scrotum, soit la tunique vaginale, soit l'épididyme ou le testicule lui-même, soit enfin le tissu cellulaire du cordon. Lorsque le pus a pour point de départ le parenchyme de la glande, il entraîne souvent son effilement, quelquefois la gangrène.

On a signalé des phlébites, un cas d'infection purulente, la péritonite, à laquelle sont surtout exposés les cryptorchides. On l'attribue généralement à la propagation inflammatoire, mais il est des cas où elle se produit sans propagation, et alors sa pathogénie doit rentrer dans celle de toutes les autres déviations de la blennorrhagie.

Il y a des névralgies réflexes de divers ordres. Celle du grand abdomino-génital est la plus fréquente.

Le traitement est basé sur les indications suivantes :

1° Formes légères. Pommade belladonnée. Cataplasme soutenu au moyen du triangle de Curling.

2° Forme plus aiguë. Sujet vigoureux. Application de sangsues sur le cordon ; il semble qu'on doit obtenir d'excellents résultats en les appliquant une à une.

La glace sera bonne en été.

Les bains généraux sont un très bon adjuvant, surtout si l'agitation est très marquée.

Les lavements belladonnés sont préférables aux lavements laudanisés, à cause de la constipation qu'il faut combattre. Il faut même provoquer la diarrhée.

3° Forme torpide. Période de résolution : la compression faite avec le suspensoir ouaté, auquel on peut ajouter des pommades résolutive, donnera d'excellents résultats. Il peut même servir au début dans les cas légers. Il est important qu'il soit bien appliqué.

Les bandelettes de Vigo *cum mercurio* ne doivent pas être complètement rejetées.

4° L'épanchement vaginal ne devra être ponctionné que si le liquide est abondant ou purulent ; la ponction devra être étroite, et, s'il y a du pus, il faudra éviter les pressions sur le testicule. Le débridement de l'albuginée doit être rejeté comme dangereux, sauf les cas exceptionnels où la douleur spermatique, extrêmement vive, indique une compression trop grande des tubes séminifères.

5° La péritonite sera traitée comme dans les cas habituels.

6° Les névralgies réflexes contre-indiquent les saignées ; elles cèdent facilement aux narcotiques ou au chloroforme et, d'après M. Tédénat (cours de la Faculté, 1880), aux injections sous-cutanées hydriques faites dans la région lombaire.

Vu :
Le Président-Censeur,
ESTOR.

Permis d'imprimer.
Le Recteur de l'Académie,
G. CHANCEL.

Vu, bon à imprimer,
Le Doyen,
J. BENOIT.

QUESTIONS TIRÉES AU SORT

AUXQUELLES LE CANDIDAT RÉPONDRA VERBALEMENT

(Arrêté du 22 mars 1842.)

Chimie médicale et Pharmacie.

La cause de la fermentation de l'urine et les produits de cette fermentation.

Physique médicale.

Théorie et application des appareils thermo-électriques.

Botanique et Histoire naturelle médicale.

Définir le fruit et faire connaître les différentes parties dont il se compose.

Anatomie.

Origine et distribution des arcades artérielles.

Anatomie Pathologique et Histologie.

De la gangrène au point de vue de l'anatomie pathologique.

Physiologie.

De la lymphe et de ses fonctions,

Pathologie médicale ou interne.

Diagnostic de la tuberculisation générale aiguë.

Pathologie chirurgicale ou externe.

Diagnostic différentiel de la cataracte.

Thérapeutique et Matière médicale.

De l'ergot de seigle et de ses indications.

Opérations et Appareils.

De l'hystérométrie et du cathétérisme utérin.

Médecine légale et Toxicologie.

De la superfétation.

Hygiène.

De l'utilisation des eaux d'égouts.

Accouchements.

Des changements de position de l'utérus aux diverses époques de la grossesse.

Clinique interne.

Des récidives dans la fièvre éruptive.

Clinique externe.

Des diverses espèces d'ophtalmie et des moyens de les reconnaître.

Clinique des maladies mentales et nerveuses.

Du délire des actes chez les aliénés.

Titre de la Thèse à soutenir.

Considérations sur les déviations de la blennorrhagie vers les organes générateurs, et sur leurs complications

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés. et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants, l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses!

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
